

カードのない場合の本人確認
 免許証 ・ パスポート
 その他()

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

会津若松市長 (あて)

子ども医療費受給資格の登録について、次のとおり申請します。

なお、申請事項の確認については、私の世帯の住民基本台帳、市民税の賦課に関する事項等により行うことに同意します。

※太枠の部分のみ記入してください。

申請者	氏名	電話番号 () -
	住所	

被保険者	氏名	個人番号	生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	1月1日時点の住所(1~5月の提出は前年、6~12月の提出は本年)	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ		

受給資格証番号		
---------	--	--

子ども	フリガナ				
	氏名				
	性別	生年月日	男・女 平成 年 月 日 令和	男・女 平成 年 月 日 令和	男・女 平成 年 月 日 令和
	加入保険の認定年月日	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和	
	適用年月日 事由	令和 年 月 日 1 出生 2 転入 3 社保加入	令和 年 月 日 1 出生 2 転入 3 社保加入	令和 年 月 日 1 出生 2 転入 3 社保加入	

加入健康保険	(フリガナ)被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	
	記号	番号	
	保険者番号		
	保険者名		
	勤務先		

振込先金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	銀行・信金 信組・農協	金融機関コード
	支店名		支店・支所	店番
	預金科目	普通(総合口座含む) ・ 当座		
	口座番号			
	名義人名 カタカナ	父・母・その他		

※ここから下は記入しないでください。

住民税	県補助	附加給付	処 理 令和 年 月 日
課税 非課税	対象 対象外	有 無	助成開始 令和 年 月 日