第1号様式（第2条関係）

記入例

カードのない場合の本人確認

（　　　　　　　　　　　　　）

郵送日または提出日を記入してください。

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…………します。
なお、申…………本台帳、市民税の賦課に…………します。

窓口に申請に来られた方、または記入された方について記入してください。

日中、連絡がつきやすい番号を記入してください。

※太枠の部分のみ記入してください。

申請者	氏　名	若松　竹子	電話番号	（ 090 ）1234－5678
	住　所	会津若松市東栄町3-46		

被保険者	氏　名	若松　一郎	
	※ 住　所	☑ 申請者に同じ	
	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）	☐ 被保険者住所に同じ 郡山市栄町3-46	

お子様の健康保険証の被保険者
（自身の健康保険証の扶養に入れた方）
の情報を記入してください。
※1月1日時点の住所について
前年の住所・・・会津若松市における資格開始日が1月から5月
今年の住所・・・同じく6月から12月

受給資格証番号			

子ども	フリガナ	ワカマツ　タロウ		
	氏　名	若松　太郎		
	性別　生年月日	男・女　平成 令和　3年　4月　6日		年　月　日
	加入保険の認定年月日	平成 令和　3年　4月　6日	平成 令和　年　月　日	方について記入して下さい。
	適用年月日	令和　年　月　日	口に申請に来た方、または記入する	※電話番号は日中、連絡が取れるものを
	事　由	1 出生　2 転入　3 社保加入		

健康保険証に記載されているお子様の生年月日のすぐ下の段の認定年月日（加入日）を転記してください。

加入健康保険	（フリガナ）被保険者氏名	☐ 別添のとおり		
	記　号		番　号	
	保険者名			
	勤　務　先			

・お子様の健康保険証の写しの添付は必須です。
・この箇所への記入は省略できます。

振込先金融機関	金融機関名	☐ 別添のとおり	銀行・信金 信組・農協	金融機関コード
				座
	口座番号			
	名義人名カタカナ		父・母・その他	

被保険者またはお子様を養育されている保護者名義の口座を転記してください。写しを添付する場合は、記入は省略できます。

※ 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