

子ども医療費受給資格登録申請書

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	フリガナ	個人番号	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	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			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	加入保険の認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	適用年月日 事由	年 月 日 1 出生 2 転入 3 社保加入	年 月 日 1 出生 2 転入 3 社保加入	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		

振込先金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	金融機関コード
	支店名		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		

※ 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 年 月 日 助成開始 年 月 日
課税 非課税	対象 対象外	有 無	