

# 記入例

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

年 月 日

会津若松市長 (あて)

子ども医療費受給資格者です。  
なお、申請書は、市長、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、連絡がし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 ) 0000-0000
	住所	会津若松市東栄町3-46		

被保険者	フリガナ	ワカマツ イチロウ	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;">                 お子さまの健康保険の被保険者(自身の健康保険の扶養に入れた方)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             </div>
	氏名	若松 一郎	
	住所	<input checked="" 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 郡山市栄町3-46	

受給資格証番号			
---------	--	--	--

子ども	フリガナ	ワカマツ タロウ	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;">                 資格取得年月日、適用開始年月日など、お子さまの健康保険の加入年月日を記入してください。             </div>		
	氏名	若松 太郎		月 日	
	生年月日	令和 6 年 4 月 6 日		年 月 日	年 月 日
	加入保険の認定年月日	令和 6 年 4 月 6 日		年 月 日	年 月 日
	適用年月日	年 月 日		年 月 日	年 月 日
事由	1 出生 2 転入 3 社保加入	1 出生 2 転入 3 社保加入	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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;">                 お子さまの健康保険情報を転記してください。また、次のいずれかの写しも添付してください。                  ・資格確認書                  ・資格情報のお知らせ(※お子さまのものと一緒に、被保険者のものも必要です。)                  ・従来の健康保険証             </div>			
	振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 別添のとおり				金融機関コード
	支店名					店番
	口座番号	被保険者またはお子さま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。 口座(通帳等)の写しも添付してください。				
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		
課税 非課税	対象 対象外	有 無	助成開始	年	月 日
				年	月 日