

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

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	
	住所					
	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)					

受給資格証番号			
---------	--	--	--

子ども	フリガナ							
	氏名							
	性別	生年月日	男・女	年 月 日	男・女	年 月 日	男・女	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	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		
	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		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		

※ 記名押印に代えて、署名することができます。

※ 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	年 月 日
課税 非課税	対象 対象外	有 無	助成開始	年 月 日