様式第１号（第３条関係）

発　行　日	
受給証交付	済　・　未
受給者番号	
受給者番号	
受給者番号	

こども医療費受給資格登録申請書

（宛先）富士見市長

次のとおり、私（支給対象者）は受給資格登録を申請します。なお、こども医療費の登録及び支給にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。また、国民健康保険から償還される高額療養費等の申請、受領、返還について富士見市長に委任します。

提出年月日
令和　年　月　日

支給対象者（保護者等）	ふりがな		生年月日	
	氏名		昭和 平成	年　月　日
	個人番号			
	住　所			
	電話番号		こどもとの続柄	
こども	ふりがな		生年月日	
	氏名		平成 令和	年　月　日
	個人番号			
	住　所	☐支給対象者と同じ		
	加入保険の資格取得日	年　月　日		
こども	ふりがな		生年月日	
	氏名		平成 令和	年　月　日
	個人番号			
	住　所	☐支給対象者と同じ		
	加入保険の資格取得日	年　月　日		
こども	ふりがな		生年月日	
	氏名		平成 令和	年　月　日
	個人番号			
	住　所	☐支給対象者と同じ		
	加入保険の資格取得日	年　月　日		
こどもの加入医療保険	☐こどもの加入医療保険証の写しを添付（記入不要）			
	記号番号		被保険者等の氏名	こどもとの続柄 （　　）
	保険者番号			
	保険者名			
支給対象者名義の振込口座	☐児童手当と同じ口座　☐上の子と同じ口座　☐別添写しのとおり（記入不要）			
	銀行 信金 農協	支店 出張所	１　普通　２　当座	
		（店番）	口座番号	
			カナ名義	

☐出生（後日保険証の写しを提出）　☐転入　☐保険加入　☐その他（受給資格者変更，　　　　　）

備考：個・免・パ・保・在留・（　　　　　）・不・職