

こども医療費受給資格登録申請書用  
「健康保険証(写し)提出届およびマイナンバー確認同意書」

提出日 令和 年 月 日

保護者 等	<p>&lt;氏名&gt; _____</p> <p>&lt;連絡先&gt;電話           —           —</p>
健康 保 険 証 写 し	<p>【対象となるこどもの健康保険証の写し貼付欄】</p> <p style="text-align: center;">のりしろ</p> <p>☆保険証の写し <b>表面のみ</b>。</p> <p>☆対象のお子さんが複数いる場合は、対象者分を貼付してください。</p>
マイ ナ ン バ ー 確 認 同 意 書	<p>「こども医療費受給資格登録申請」にあたり、子育て支援課にて個人番号(マイナンバー)の確認を同意いただける場合は、下記の同意を【する】の方に○をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">同意を    する    ・    しない</p> <p style="text-align: center;">(どちらかに○)</p> <p>※同意を【しない】場合は、郵送での申請ができないため、お手数ですが、①申請書類 ②マイナンバーの確認できるもの(マイナンバーカード等) ③本人確認書類(免許証等) をご持参の上、市役所子育て支援課窓口にてお手続きをお願いします。</p>

※受付日 月 日