

## 子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

久喜市長 あて

申請者 住所 久喜市

氏名

電話 ( )

子ども医療費受給資格証の交付及び支給決定に当たり必要がある場合は、申請者及び世帯員の住民基本台帳及び国民健康保険加入の状況並びに日本スポーツ振興センターの災害給付、高額療養費等の給付状況について、久喜市が調査・確認することに同意します。

保 護 者	ふりがな		生 年 月 日	子どもとの続柄	
	氏 名		年 月 日	父・母 他 ( )	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
			電 話	( )	
子 ど も	ふりがな		生 年 月 日	受給者番号	
	氏 名		年 月 日		
	ふりがな		生 年 月 日	受給者番号	
	氏 名		年 月 日		
	ふりがな		生 年 月 日	受給者番号	
	氏 名		年 月 日		
加 入 保 険	記 号		番 号	保 険 者 番 号	
	保 険 者 名	国民健康保険・国民健康保険組合・健康保険組合 全国健康保険協会 ( ) 支部・共済組合			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協		支店・本店 出張所	店番 ( )
	口座番号	普通 当座	口座名義人 (カタカナ)		

取得事由	1.出生 2.転入 3.受給者変更 4.他 ( )	資格取得日	年 月 日
------	---------------------------	-------	-------