

説明	済 / 未
----	-------

資格証	/ 交付・送付					
資格証番号						

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

和光市長 様

住所 和光市
 申請者 氏名
 (受給資格者) 電話 ()

※携帯電話など、つながりやすい番号をご記入ください。

子ども	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日生
	個人番号			
受給資格者	ふりがな		子どもとの関係	生年月日
	氏名		父・母	年 月 日生
	個人番号			
加入保険	記号		番号	保険者番号
	健康保険組合名称	国民健康保険・国民健康保険組合・共済組合 健康保険組合・健康保険協会 支部		

※お子様の保険証の写しを添付してください。

※出生の場合は、お子様が加入予定の健康保険証（保護者のもの）の写しを添付してください。

振込口座	金融機関名	銀行・信金 支店 信組・農協									
	口座	支店番号				口座番号					
	ゆうちょ銀行 (記号—番号)					—					
	口座名義人 (カタカナで記入)										

※受給資格者の口座に限ります。

資格発生日	年 月 日	事由	1. 出生	2. 転入
資格異動日			3. 保護者変更	4. その他