

	説明	済 / 未
資格証	令和 年 月 日	交付・送付
資格証番号		

乳幼児医療費受給資格登録申請書

年 月 日

和光市長 あて

住所 和光市

申請者
(受給資格者)

氏名

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。

乳幼児	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	平成・令和 年 月 日
	個人番号			
受給資格者	ふりがな		乳幼児との関係	生年月日
	氏名		父・母	昭和・平成 年 月 日
	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 信組・農協										支店									
	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	令和 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