

	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

申請者 住所 和光市
(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。

下記のとおり受給資格登録申請をします。また、市が和光市子ども医療費助成に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

子 ど も	ふりがな		生年月日				
	氏 名		年 月 日				
	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 その他 ()	年 月 日			
	個人番号						
保 険 資 格 情 報	記 号		番 号				
	ふりがな		子どもとの関係	保険者 番 号			
	被保険者氏名		父 ・ 母 その他 ()				
	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					

※お子様が健康保険の被保険者であることを証する書類等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の被保険者であることを証する書類等（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 3. 保護者変更 2. 転入 4. その他
資格異動日			

☐ 15日経過説明済み ☐ 保険資格確認済【 年 月 日取得】