

受付日

交付日

こども医療費受給資格登録申請書（高校生用）

（申請先）新座市長

下記の事項に同意の上、こども医療費の申請を行います。

- ① こども医療費の受給に関して、受給資格の有無等について、公簿等又は個人番号を用いて確認することに同意します。
- ② 公簿等又は個人番号で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ③ 新座市国民健康保険から償還される高額療養費（高額介護合算療養費に係る医療保険分及び特定疾病療養費を含む）の受領権限を新座市に委任することに同意します。

		資格証番号			
届出年月日		年 月 日		個人番号	
申請者 （保護者） の 氏名	住所	新座市		電話	()
	フリガナ			性別	男 ・ 女
	氏名			生 年 月 日	年 月 日
	振込金融機関名称	注を参照) 銀行・信金・信組・農協			こどもとの続柄
	店番	口座番号(普)			
		口座名義人(カタカナ)			
注：振込金融機関の口座名義は申請者（保護者）に限ります。金融機関名、支店名、口座番号は、ハッキリと記入してください。					
フリガナ				性別	男 ・ 女
こどもの氏名				生 年 月 日	年 月 日
		未婚 ・ 既婚（事実婚含む）			
個人番号					
※コピー添付の場合は記入不要	加入医療保険		保険者（組合等の名称）		
			健保・国保・共済・全国健康保険協会		
	記号	番号	被保険者名（市国保の場合は世帯主）		
保険証コピー貼付欄		以下、市記入欄			
<ul style="list-style-type: none"> ・カード式のもののみ貼付してください。 ・世帯員共通のもの（貼り切れないサイズのもの）はこの用紙の裏に貼ってください。 ※保険証ができていない等の理由でお手元がない場合は、後日ご提出ください。 （加入医療保険欄に記入した場合でも、保険証の写しの提出は必要です（新座市国保加入者を除く。））		転入 / 受給者変更 / その他			
		備考			
		最終確認	入力	受付	

こども医療費受給資格証の記載内容に相違なく受け取りました。

署名
