

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。

申請者は、父母のうちと同居する生計中心者(収入の多い方)

届出年月日		R〇年 〇月 〇日	資格証番号	
申請者 保護者 V	住所	新座市 野火止〇-△-×	個人番号	携帯電話可
	フリガナ	メゾンシャクショ101 ニイザ シロウ	電話	048 (×××) 〇×△△
	氏名	新座 市郎	性別	(男) ・ 女
	振込金融機関名称	注を参照) 新座 (銀行・信金・信組・農協) 野火止 店 店番 001 口座番号(普) 〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	S〇〇年 〇月 〇日
	口座名義人(カタカナ)	ニイザ シロウ	こどもとの続柄	父

子から見た申請者の続柄

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	ニイザ ハナコ	性別	男 ・ (女)
こどもの氏名	新座 花子	生年月日	H〇〇年 〇月 〇日
個人番号	(未婚) ・ 既婚 (事実婚含む)		

審査の際に必要なため、どちらかに〇をつけてください。

※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）		被保険者名（市国保の場合は世帯主）
	新座市	健保・(国保)・共済・全国健康保険協会	新座 市郎
	記号	番号	
	埼新	1234567	

保険証コピー貼付欄

- ・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にない場合は、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。))

以下、市記入欄

転入 / 受給者変更 / その他

・コピーを貼付する場合は「加入医療保険欄」の記入は不要です。  
ただし記入した場合でも、保険証の写しの提出は必要です。お手元に保険証がない場合は後日提出をお願いします。  
※新座市国保に加入している場合のみ、記入だけ（コピー貼付なし）でも結構です。

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