

決裁	課長	副課長	係長	担当者	受付日	交付日
児童手当申請				新規 / 増額 / 無		

こども医療費受給資格登録申請書

（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。

届出年月日		年月日		資格証番号		
申請者 へ 保護者 V	住所	新座市			個人番号	
	フリガナ				電話	
	氏名				性別	男・女
	振込金融機関名称	注を参照) 銀行・信金・信組・農協			生年月日	年 月 日
	店番	口座番号(普)			こどもの続柄	
	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	
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）			
お子さんの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。 				出生 / 転入 / 受給者変更 / その他		
<p>※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。））</p>				備考		
				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 _____