

児童手当申請 新規 / 増額 / 無

受付日	交付日

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

申請者は、父母のうち子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 ハ 保 護 者 √	住所	新座市 野火止〇-△-× メゾンシヤクショ101	個人番号 携帯電話可
	フリガナ	ニイザ シロウ	電話 048 (×××) 〇×△△
	氏名	新座 市郎	性別 (男) ・ 女
保護者	振込金融機関名称	注を参照) 新座 (銀行) 信金・信組・農	生年月日 S〇〇年 〇月 〇日
	口座名義人 (カタカナ)	野火止 店 店番 001 口座番号 (普) 〇〇〇〇〇〇〇〇	子から見た申請者の続柄 父

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	R〇年 〇月 〇日
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）		
	新座市 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)
	埼新	1234567	新座 市郎

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
出生 / 転入 / 受給者変更 / その他
備考

・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。

こと
署名 _____