

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、こども医療費受給資格登録申請をします。

- ① 新座市がこども医療費支給に関する条例及び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。また、公簿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。
- ② 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。

申請理由：出生 / 転入 / 受給者変更 / その他（ ） 資格取得年月日（ 年 月 日 ）

法30条45区分（外国人住民のみ）： 永住者 / 特別永住者 / 中长期 在留期限（ 年 月 日 ）

※太枠内をご記入ください。

申請年月日		年 月 日		資格証番号			
申請者 ※受給資格者となる方 (保護者)	住所	(新座市)		電話	( )		
	フリガナ			※日中連絡のつく番号を記入してください。	父 / 母 / 自宅 / ( )		
	氏名			生年月日	年 月 日		
	マイナンバー			宛名コード ※市記入欄			
対象のこども	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	マイナンバー			宛名コード ※市記入欄			
振込口座	<input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹（名前： ）と同じ振込口座 ※同じ申請者（保護者）名義の口座でこども医療費を登録している兄弟・姉妹がいる場合は、口にチェックし名前を記入すれば、以下の振込口座の記入は省略できます。						
	金融機関名	銀行・信金 信組・農協		支店名	支店 店	支店コード (3ケタ)	
	口座番号 (7ケタ)			口座名義 (カタカナ)			
	※振込口座は申請者（保護者）欄に記入した方の名義に限ります。金融機関名等はハッキリと記入してください。						
加入保険	記号	番号		(お子さまの健康保険証の写し貼付欄) ※保険証のおもて面のみ原寸大でコピーし、貼付してください。 ※加入保険欄に記入した場合でも、健康保険証の写しの提出は必要です。 (新座市国民健康保険の方は添付不要) ※健康保険証ができていない等の理由でお手元がない場合は、後日必ず提出してください。 (提出されるまで資格証の交付はできません)			
	保険者名称	※全国健康保険協会は支部名を記入 健保 / 国保 / 共済 全国健康保険協会					
	保険者番号	被保険者(世帯主)氏名	こどもとの続柄				
(市記入欄)			入力	受付			

※コピー添付の場合は記入不要

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

\_\_\_\_\_