

決	課長	副課長	係長	担当者	受付日	交付日
記入例						

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

保護者（父母等）のうち対象のこどもと同居する生計中心者（原則、所得の高い方）を申請者としてください。

※資格証をお持ちの中学生以下のご兄弟がいる場合は、原則、同じ保護者（資格証の受給資格者欄に記載されている方）で申請してください。

申請者が父でも日中連絡がつく番号が母の携帯であれば母の番号でも可

※太枠内をご記入ください。

申請年月日	令和 6 年 〇 月 〇 日		資格証番号	記入不要	
申請者（保護者）※受給資格者となる方	住所	(新座市) 野火止1-1-1		電話	090 (××××) △△△△
	フリガナ	メゾンシヤクショ101		※日中連絡のつく番号を記入してください。	父 / (母) / 自宅 / ()
	氏名	ニイザ シロウ	こどもの続柄	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日
	マイナンバー	記入不要		宛名コード ※市記入欄	記入不要
対象のこども	フリガナ	ニイザ ハナコ		生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	新座 花子			
	マイナンバー	記入不要		宛名コード ※市記入欄	記入不要
振込口座	☒ 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		店（3ケタ）	
	口座番号 （7ケタ）	新規登録の方は、申請者名義の口座情報を記入してください。 ※他の家族やお子さま名義の口座は登録できません。			
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。	
	埼新	200××××			
	保険者名称	※全国健康保険協会は支部名を記入 新座市 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	こどもの続柄		
	110304	新座 市郎	父		

※コピー添付の場合は

コピーを貼付する場合は「加入医療保険欄」の記入は不要ですが、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（提出されるまで資格証の発行はできません）。※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

窓口で受取る場合の署名欄、申請時点では記入不要