

記入例	課長	副課長	係長	担当者	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
※受給資格者となる方 申請者（保護者）	住所	(新座市) 野火止1-1-1 マンションシャクショ101		電話	090 (XXXX) △△△△
	フリガナ	ニイザ シロウ		※日中連絡のつく番号を記入してください。	父 / (母) / 自宅 / ()
	氏名	新座 市郎	こどもとの続柄 父	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		宛名コード ※市記入欄	記入不要
振込口座	<input checked="" 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)	_____			
	※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				
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。	
	埼新	200XXXX			
	保険者名称	※全国健康保険協会は支部名を記入		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、健康保険証等の写しの提出は必要です。 ※令和6年12月2日より従来の健康保険証は新たに発行されないことから、健康保険証がない場合は、保険者が発行する「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、マイナポータルの健康保険情報のスクリーンショット等、お子さまが加入している健康保険の内容がわかる書類を添付してください。保険切替中等でお手元がない場合は、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	健保(国保) 全国健康保			
	保険者番号	被保険者(世帯主)氏名			
(市記入欄)	110304	新座 市郎		入力	

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