

決裁	課長	副課長	係長	担当者	受付日		交付日	
児童手当		新規 / 増額 / 無（公務員・別監・申請済）						

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（令和 年 月 日）
法30条45区分（外国人住民のみ）： 永住者 / 特別永住者 / 中長期 在 留 期 限（令和 年 月 日）

※太枠内をご記入ください。

申請年月日		令和 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		電話番号	() 父 / 母 / 自宅 / ()		
		(方書) マンション名等					
	フリガナ		こどもとの続柄	生年月日	昭和・平成・西暦		
	氏名				年 月 日		
対象のこども	フリガナ			生年月日	平成・令和・西暦		
	氏名				年 月 日		
	マイナンバー						
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を省略できます。						
	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 (カタカナで記入)			
	※申請者（保護者）欄に記載した方の口座名義に限ります。金融機関名等はハッキリと記入してください。						
加入医療保険（こども）	名称		※全国健康保険協会は支部名を記入		記号	番号	
			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	資格取得（認定）年月日	※市記入欄		
				平成・令和 年 月 日	写し添付あり・番号連携済 マイナポータル目視確認済		
※ お子さんが加入している健康保険の内容が分かる書類の写し（資格確認書・資格情報のお知らせ・マイナポータルの健康保険情報のPDFファイル等）を添付してください。加入医療保険欄に記入した場合でも、写しの添付は原則必要です（新座市国民健康保険加入者に限り添付不要）。							
※ 出生の場合は、加入予定の保護者のもの（ただし、自衛官診療証を除く）を添付し、お子さんの書類は、保険者から発行され次第提出してください。							
【備考】					入力	受付	

※写しを添付の場合は記入の省略可

【窓口受取用】こども医療費受給資格証の記載内容を確認し、受領しました。 (署名)