

課長	副課長	係長	担当者	受付日	交付日
記入例					
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

お子さんを監護する保護者（父母等）のうち生計中心者（原則、所得の高い方）を申請者としてください。
※単身赴任等で生計中心者が新座市外に住んでいる場合は、お子さんと同居する保護者を申請者としてください。
※資格証をお持ち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。

うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号
合は、関係書類の提出を行います。
び特定疾病療養費を含む）の受領権限を新座市

日（令和 年 月 日）
限（令 日中連絡が取れる番号を記入
してください。

※太枠内をご記入ください。

申請年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	資格証番号	
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 (方書) マンション名等 メゾンシャクショ101 フリガナ ニイザ シロウ 氏名 新座 市郎 マイナンバー 市内在住の場合は記入不要	電話番号 090 (〇〇〇〇) ××××	父 / 母 / 自宅 / ()
対象のこども	フリガナ ニイザ ハナコ 氏名 新座 花子 マイナンバー 市内在住の場合は記入不要	生年月日 〇 年 〇 月 〇 日	昭和・平成・西暦 平成・令和・西暦
振込口座	<input checked="" type="checkbox"/> 兄弟・姉妹(名前: 新座 太郎)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 〇〇 銀行・信金 信組・農協	支店名 〇〇 支店 店	支店コード (3ケタ) 〇 〇 〇
	口座番号 (7ケタ) 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (カタカナで記入) ニイザ シロウ	
※申請者(保護者)欄に記載した方の口座名義に限りです。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 新座市 保険者番号 110304 氏名 新座 市郎 父	記号 埼新 得(認定) 平成 〇 年 〇 月 〇 日 令和 〇 年 〇 月 〇 日	1人目のお子さんを登録する方は、申請者(受給資格者となる方)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。
※ 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。			

※写しを添付の場合は記入の省略可

【備考】

人力 受付

窓口で申請する場合で、マイナ保険証のみをお持ちの方は、マイナポータルから資格画面を表示し、職員による目視確認も可能です(手順の時間短縮のため、できるだけ資格画面のスクリーンショットを事前にご準備ください)。

窓口で受け取る場合の署名欄、申請時点では記入不要(署名)