

子ども医療費受給資格登録申請書

(あて先)川口市長

		提出年月日		年 月 日			
保護者	フリガナ			性別	生年月日	配偶者	
	氏名			男・女	年 月 日	有・無	
	個人番号						
	住所			電話番号 ()		携帯電話番号 ()	
	振込先			銀行 信用金庫 農協	(カタカナで記入)※資格登録者本人の名義で、普通口座に限ります。 名義		
		本店 支店 出張所	店番号	口座番号			
配偶者 <small>対象子どもが小中学生、または被保険者が配偶者の場合は記入</small>	フリガナ			生年月日		住所	
	氏名					※資格登録者と別住所の場合のみ記入	
	個人番号			年 月 日			
対象となる子ども	加入医療保険 (保険証)	別添の健康保険証の写しのとおり。 (対象となる子ども全員の健康保険証の写しを添付してください。)					
	転入日	無 / 有 ⇒ 年 月 日 転入 (再)					
	(フリガナ) 氏名	性別	続柄	生年月日	同居 別居	児童の住所 ※別居の場合のみ	受給者番号 ※担当課処理欄
		男・女		年 月 日	同居・別居		
	個人番号					乳幼 / 小中	
		男・女		年 月 日	同居・別居		
	個人番号					乳幼 / 小中	
		男・女		年 月 日	同居・別居		
個人番号					乳幼 / 小中		

同意書

私(同意者)は、川口市子育て支援課が、川口市子ども医療費の支給に関する条例及び川口市子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、対象となる子どもに係る医療費を支給する場合の受給資格の登録及び確認の申請並びに医療費の支給申請に限り、受給資格が喪失するまでの間、以下の事項を行うことについて、署名をもって同意します。

- ① 所得の状況及び市税その他の市の徴収金の納付状況について公簿等により確認すること。(小中学生の対象となる子どもがいる方のみ)
- ② 高額療養費、付加給付金の決定に関する情報について加入保険者に照会及び調査の依頼をすること。

同意者(保護者) _____

同意者(配偶者) _____

備考

受付印

- 完了 金融機関 保険証 署名(保護者・配偶者) 資格登録者の住所確認(市外のみ)
- 喪失届(資格登録者の変更時) その他()