

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				生年月日	配偶者
	氏名				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)※保護者本人の名義で、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			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※利用する場合は、口座情報の記入は不要です。						
配偶者	フリガナ				生年月日	
	氏名				年 月 日	
対象となる子ども	加入医療保険	別添のとおり。 (対象となる子ども全員の健康保険情報が分かるもの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	続柄	生年月日	同別居	子どもの住所 ※別居の場合のみ	受給者番号 ※担当課処理欄
			年 月 日	同居・別居		乳幼 / 小中高
	個人番号					
			年 月 日	同居・別居		乳幼 / 小中高
	個人番号					
		年 月 日	同居・別居		乳幼 / 小中高	
個人番号						

同意書

私（同意者）は、川口市が、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しるし並びに医療費の支給しるしに限り、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 高額療養費、付加給付金の決定に関する情報について対象となる子どもの加入保険者に照会及び調査の依頼をすること。
- ② 対象となる子どもの受診状況及び医療費の支払い状況について医療機関等に照会及び調査の依頼をすること。

同意者（保護者） \_\_\_\_\_

同意者（被保険者） \_\_\_\_\_

備考

受付印