

記入例

川越市子ども医療費受給資格登録申請書

令和7年 4月 1日

(提出先)
川越市長

川越市子ども医療費支給に関する条例第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住所	川越市元町1-3-1		
	フリガナ	カワゴエ ハナコ		
	氏名	川越 花子 (保護者氏名)		
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
対象となる子ども	住所	※申請者と住所が異なる場合、ご記入ください。		
	フリガナ	カワゴエ ハルオ	生 年 月 日	
	氏名	川越 春夫	令和7年 3月 20日	
	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		
	加入医療保険	名称	小江戸 <small>健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合</small> 全国健康保険協会 支部	
		保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
	振込先口座	被保険者 記号・番号	記号 1 2 3	番号 4 5 6
		世帯主・被保険者・ 組合員・加入者	フリガナ 氏 名	カワゴエ ハナコ 川越 花子
金融機関の 名称		さいたまかわごえ <small>銀行・農協・信用金庫</small>	支店等の 名称 <small>本店・支店・出張所</small> ※ゆうちょ銀行の場合は数字	
	口座種別	普通・当座	口座番号 3 3 3 3 3 3 3	
	フリガナ	カワゴエ ハナコ		
	口座名義人	川越 花子		

☆加入医療保険情報について、個人番号を利用し、確認する場合があります。

※受付職員記入欄※

受給資格証交付 (済 ・ 未)

受給者番号 _____

連絡事項 _____

※子ども政策課記入欄※

登録年月日 年 月 日

登録者 _____

確認者 _____