

川越市子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 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		電話番号										
	フリガナ												
	氏名												
	個人番号												
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									生 年 月 日			
	氏名									年 月 日			
	個人番号												
	加入医療保険	名称		健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合 全 国 健 康 保 険 協 会 支 部									
		保険者番号											
		被保険者・被記号・番号		記 号 番 号									
		世帯主・被保険者・組合員・加入者		フリガナ									
		氏 名											
振込先口座	金融機関の名称		銀行・農協・信用金庫				支店等の名称		本店・支店・出張所 ※ゆうちょ銀行の場合は数字				
	口座種別		普通・当座				口座番号						
	フリガナ												
	口座名義人												

☆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 _____