

こども医療費受給資格登録申請書

杉戸町長 あて

令和 年 月 日

こども医療費受給資格証の交付及び支給決定に当たり必要がある場合は、申請者及び世帯員の住民基本台帳及び健康保険加入の状況並びに日本スポーツ振興センターの災害給付等の給付状況について、杉戸町が調査・確認することに同意します。

(保 申 請 護 者)	ふりがな		生 年 月 日	こどもとの続柄
	氏 名		S H 年 月 日	父・母 他 ()
	住 所	電 話 ()		

対 象 の こ ど も	ふりがな	住 所	生 年 月 日	受給資格証番号
	氏 名	※保護者(申請者)と異なる 場合にご記入ください。	H R 年 月 日	
			H R 年 月 日	
			H R 年 月 日	
			H R 年 月 日	
			H R 年 月 日	

加 入 保 険	対象のこどもに対し、高額療養費等の決定に関する情報を保険者に照会・調査依頼することに同意します。また、現物給付等により杉戸町が支給した医療費に法令その他の規定による高額療養費等が含まれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを杉戸町長に委任します。			
	被保険者(世帯主)氏名		対象のこどもとの続柄	
	記 号	番 号	保 険 者 番 号	
保 険 者 名	国民健康保険・国民健康保険組合・健康保険組合 全国健康保険協会 () 支部・共済組合			

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店・本店 出張所	店番 ()
	口座番号	普通 当座	口座名義人 (カタカナ)	

取得事由	1.出生 2.転入 3.受給者変更 4.他 ()	資格取得日	年 月 日
------	---------------------------	-------	-------

医療保険証 貼付場所

※対象児童本人の医療保険証の写し（コピー）

振込先金融機関口座確認書類 貼付場所

※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる
通帳やキャッシュカードの写し（コピー）を貼付してください。

※現在、こども医療費を受給している中学生以下の兄弟がいる場合は、
同一の口座を指定してください。（受給資格者が登録できる口座は一つです。）

その場合、口座確認書類の貼付を省略できます。