

こども医療費受給資格登録申請書

杉戸町長 あて

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、高額療養費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。また、町長が杉戸町こども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

受給資格者	フリガナ		生 年 月 日	こどもとの続柄	
	氏 名		年 月 日	父・母 他 ()	
	個人番号				
	住 所	電 話 ()			
対 象 こ ど も	1	フリガナ	生 年 月 日	住 所 <small>受給者と異なる場合のみ</small>	
		氏 名	年 月 日		
		個人番号			
	2	フリガナ	生 年 月 日	住 所 <small>受給者と異なる場合のみ</small>	
		氏 名	年 月 日		
		個人番号			
	3	フリガナ	生 年 月 日	住 所 <small>受給者と異なる場合のみ</small>	
		氏 名	年 月 日		
		個人番号			
加 入 医 療 保 険	記号	番号	保険者番号		
	保険者名	国保・国保組合・健康保険組合・ 全国健康保険協会・共済組合/支部			
	対象こどもに関して、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程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に委任します。				
	・被保険者(世帯主)氏名() ・こどもとの続柄 父・母・その他()				
受 給 者 口 座	<input type="checkbox"/> 登録済	こども医療の (氏名 生年月日) と同じ口座			
	<input type="checkbox"/> 新規登録	銀行・農協 信金・金庫	支店・本店 出張所	店番 ()	
		口座番号	口座名義 カタカナで記入		

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
備 考			