

様式第1号(第2条関係)

三郷市子ども医療費受給資格者登録申請書

三郷市長 あて

子ども医療費受給資格の登録を申請します。

申請に関して、住民基本台帳、加入保険の状況その他資格者登録に必要な情報を公簿等にて確認することに同意します。

※太線枠内をご記入ください。

				受付印	
				受付・決定・交付	
申請事由		1 出生 2 転入 3 保険加入 4 その他		令和 年 月 日	
申請者・受給資格者	氏名	住所		生年月日	
		三郷市		S H 年 月 日 R	
対象となる子ども	フリガナ			資格証番号	
				H・R 年 月 日	
	フリガナ			資格証番号	
				H・R 年 月 日	
	フリガナ			資格証番号	
				H・R 年 月 日	
	フリガナ			資格証番号	
			H・R 年 月 日		
保険証		1 健康保険組合 2 国民健康保険 3 全国健康保険協会 4 国民健康保険組合 5 共済組合			
振込先	どちらかに○をしてください	登録済	上の子供と同じ口座 (兄・姉)名前 前		生年月日 年 月 日
		新規登録	銀行 信用金庫 農協		支店 預金種別 1 普通 2 当座
	口座番号			フリガナ 名義人 (受給資格者)	