

坂井市長 殿

令和 年 月 日

申請者
(保護者) 氏名 _____

子ども医療費受給資格認定申請書

下記のとおり子ども医療費受給資格の認定を申請します。

子ども	ふりがな			平成・令和 年 月 日生
	氏名			性別 (男・女) 第 子
	ふりがな			平成・令和 年 月 日生
	氏名			性別 (男・女) 第 子
	ふりがな			平成・令和 年 月 日生
氏名			性別 (男・女) 第 子	
保護者	ふりがな			昭和・平成 年 月 日生 (男・女)
	氏名			続柄 父・母・その他 () 子どもと (同居・別居)
住所	〒 坂井市			連絡先
送付先	〒			連絡先
子どもの加入健康保険	種類	01 国民健康保険 02 退職 03 国民組合保険 04 全国健保協会 06 組合管掌健保 07 船員保険 08 共済組合保険 09 後期高齢者		
	保険者 名称		保険者 番号	
	被保険者証・組合員証 記号番号および氏名	記号	番号	氏名
振込口座	銀行 信金 農協 労金 (コード:)	本店営業部 支店 支所(出張所) 営業部 (コード:)	1 普通 2 当座 口座番号	
			口座名義	保護者に同じ

提示書類

- 1 子どもの名前が記載されている健康保険証
- 2 保護者（申請者）の口座が確認できるもの（通帳等）
- 3 国民健康保険・全国健保協会以外の被保険者および組合員は附加給付内容確認書

※資格取得日および
資格取得理由

年 月 日
出生・転入・その他 ()

受付者印