

様式第1号（第2条関係）

記入不要	登録年月日	令和 年 月 日	登録事由	出生・転入・社保加入
	交付方法	窓口・郵送（ / ）		

子育て支援医療費受給資格登録申請書

下記のとおり子育て支援医療費受給資格の登録を申請します。
 なお、受給資格認定のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

三春町長 様

住所 三春町

申請者
 (被保険者) 氏名

申請者記入欄

(被保険者)	ふりがな		子ども		電話	
	氏名		との			
	住所	三春町				
	個人番号				登録事由	出生・転入・社保加入
子ども	ふりがな					
	氏名					
	性別	男・女	男・女	男・女	男・女	
	生年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
加入保険	保険者名	※該当の番号に○をつけてください。 ① 全国健康保険協会（ ）支部 ②（ ）健康保険組合 ③（ ）共済組合 ④ その他（ ）				
	保険者番号		被保険者名			
	記号・番号	—	事業所名			
口座登録	振込先金融機関名・支店名		口座種類・番号		口座名義	
	銀行 農協 支店 信用組合		普通・総合・当座 番号		フリガナ 氏名	
1月1日時点の被保険者の住所 ①三春町 ・ ②他市町村（ ）						

添付書類 ※申請の際にご準備ください。

- ①子どもの健康保険証の写し ②口座登録金融機関通帳の写し（被保険者名義のもの）