

子育て支援医療費受給資格登録申請書の書き方

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、加入保険の状況等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 三春町字大町1-2 申請者（被保険者）氏名 三春 太郎					
（被保護者）	ふりがな	みはる たろう	子どもとの続	父	電話 090-××××-××××
	氏名	三春 太郎			
	住所	三春町字大町1-2			
	登録事由	出生・転入・社保加入			
	保護者（被保険者）	社会保険の被保険者のお名前を記入してください。 保護者が町外在住でも登録できます。			
子ども	ふりがな	みはる さくら			
	氏名	三春 さくら			
	性別	男・女			
	生年月日	平成（令和） × 年 × 月 × 日	平		
	加入保険の資格取得年月日	平成（令和） × 年 × 月 × 日	平		
加入保険	※該当の番号に○をつけてください。				
	保険者名	① 全国健康保険協会（ ●● ）支部 ② () 健康保険組合 ③ () ④ その他			
	保険者番号	12345678	被保険者名	三春 太郎	
	記号・番号	×× — ▲▲	事業所名	■■株式会社	
	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 ■■ 信用組合		普通 総合・当座 番号 ××××××	三春 太郎	

<添付書類>

- ①お子さんの健康保険の内容がわかるものの写し等
- ②被保険者名義の口座のわかるものの写し（通帳・キャッシュカード等）