

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（ / ）		

申請者記入欄	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 印										
	(被保険者)	ふりがな					子ども		電話		
		氏名					続柄				
		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		
		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		
	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）