様式第4号(第8条関係)

記入例

子ども医療費受給資格証交付申請書

提出する日付をご記入ください。

〇年　〇月　〇日

(宛先)吉川市長

下記のとおり[redacted]た、市[redacted]る条例施行規則に基づく登録等の事務を行うため、必要な範囲内で個人番号に基[redacted]ます。

マイナンバーカードの裏面を見ながらご記入ください。

主に生計を支えている方が受給資格者となります。

受給	ふりがな	よしかわ　よしお		金融機関名	銀行 吉川 信用金庫 農協 吉川 支店
	氏名	吉川　良男		口座番号	1234567
		(123456789012)			
	吉川市　きよみ野1－1		子どもとの続柄	口座名義人	ヨシカワ　ヨシオ
	Tel　070－1111－1111		父		
子ども	ふりがな	よしかわ いちろう	生年月日	資格取得日	年　月　日
	氏名 個人番号	吉川　一郎 (123456789012)	〇年〇月〇日		
	ふりがな	よしかわ じろう	生年月日	資格取得日	年　月　日 (出生・転入・切替・その他)
	氏名 個人番号	吉川　二郎 (123456789012)	〇年〇月〇日		
加入保険	記号	12345678	番号 91	備考	
	保険者(名称)	全国健康保険協会　埼玉支部			
	所在地	埼玉県さいたま市大宮区錦町６８２－２			

日中、連絡のとれる電話番号を**必ず**ご記入ください。

出生、転入等をした高校３年生までのお子様の氏名、生年月日を記入してください。

受給資格者名義の口座を記入してください。お子様及び配偶者名義の口座にはお振込みできません。

お子様の健康保険証を見ながらご記入ください。
お子様の健康保険の資格取得日が出生日、転入日等以降の場合、子ども医療費の資格取得日は健康保険の資格取得日となります。

〇出生日、転入日等の翌日から１５日以内に申請が必要です。
　※１５日を過ぎてご申請された場合、申請日が資格取得日となる場合がありますのでご注意ください。
〇お子様の健康保険証等、不足書類があっても申請できますので、１５日以内にご申請ください。