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

下記のとおり受給資格証の交付を申請します。

主に生計を支えている方が受給資格者となります。

受給資格者	ふりがな	よしかわ　りょうお		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
	吉川市　きよみ野1－1 Tel　070－1111－1111		子どもとの続柄：父	口座名義人	ヨシカワ　ヨシオ
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
	①氏名	吉川　一郎	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
	②氏名	吉川　二郎	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。

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。

出生、転入等をした中学校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。

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。