

# 申請書記入例

## 子ども医療費助成受給資格登録申請書

平成 30 年 1 月 1 日

お子様を保険証の扶養に入れている（または入れる予定の）かたの氏名を記入してください。（扶養に入れている方が別居している場合は、同居の保護者の名前）

住所 大河原町字新南 1 9  
氏名 大河原 一郎  
申請者  
電話 自宅（携帯）： 0224 - 53 - 2114  
勤務先： 0224 - 53 - 3818

次のとおり、関係書類を添えて子ども医療費受給資格の登録を申請します。なお、この申請につき所得に関する調査を実施することに同意します。

受給者本人、配偶者の通知カードまたは個人番号カードに記載されている **12桁のマイナンバー** を正確に記入してください。

保護者 (受給者)	フリガナ	オオガワラ イチロウ	性別	男・女	昭平 45 年 1 月 1 日
	氏名	大河原 一郎	統一個人番号		1234 5678 9012
扶養義務者 (配偶者) ※妻または夫	フリガナ	オオガワラ ハナコ	性別	男・女	昭平 50 年 10 月 1 日
	氏名	大河原 花子	統一個人番号		2109 8765 4321
子ども	フリガナ	オオガワラ さくら	性別	男・女	平成 17 年 4 月 1 日
	氏名	大河原 さくら	統一個人番号		—
加入医療保険	被保険者氏名	大河原 一郎	記号・番号	0830	1715
	保険の種類	国保・国保組合・ <u>全国健康保険</u>			
	保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部			
	資格取得年月日	平成 17 年 4 月 1 日 附			
振込希望金融機関	金融機関名称	支店名	口座名義人	口座番号	
	七十七銀行	大河原支店	オオガワラ イチロウ	9999999	

特段の事情がない限りお子様のマイナンバーの記入は不要です。

被保険者氏名はお子様を扶養に入れている（または入れる予定の）かたの氏名を記入してください。記号・番号・保険者名称・資格取得年月日は保険証に記載されているものを記入してください。

口座は、受給者名義の普通預金の口座になります。ゆうちょも登録できます。

※この欄は役場で記入しますので、何も記入しないでください。

お子様の父・母（または養育者）のうち、前年の1月1日時点で大河原町以外に住民登録があったかたは、裏面の同意書の記入をお願いいたします。