

## こども医療費受給資格登録申請書（台帳）

--

秩父市長 様	令和 年 月 日
申請者 住所 秩父市.....	
氏名 ..... (印)	
次のとおり受給資格登録を申請します。	
<ul style="list-style-type: none"> <li>市税の課税、収納状況の確認を承認します。</li> <li>医療費は指定の口座に振り込んでください。</li> </ul>	

決 裁	担当	課長	次長	部長	副市長	市長	受付日	令和 年 月 日
							登録日	令和 年 月 日

有効 期間	自 令和 年 月 日	取得事由： 出生・転入・その他( )
	至 令和 年 月 日	喪失事由： 年齢到達・転出・その他( )

受給資格者	フリガナ	性別	生年月日		医療費振込口座 (受給資格者名義のもの)						
	氏名	秩父市	男・女	昭和 平成	年 月 日	金融 機関名	銀行 本店 金庫 支店 組合 農協				
住所	(電話) —			対象となる こどもとの 続柄	口座番号						
子ども 対象の	フリガナ	性別	生年月日		フリガナ						
	氏名	男・女	平成 令和	年 月 日	口座 名義人						

加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	①	②	③	※備考	
	記号番号					
	保険者名					
	(保険者番号)	( )	( )	( )		( )
	所在地					
※加入医療保険の付加給付の内容		無・有(自己負担金 円) 付加金が 円未満切捨 付加金が 円未満不支給	無・有(自己負担金 円) 付加金が 円未満切捨 付加金が 円未満不支給	無・有(自己負担金 円) 付加金が 円未満切捨 付加金が 円未満不支給		

太線の枠内を記入してください。 ※欄の記入は必要ありません。