

戸田市子ども医療費受給資格登録申請書

(宛先)

戸田市長

提出する日を記入

次のとおり、受給資格登録を申請します。また、市長が戸田市子ども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うに当たり、必要書類等を確認することに同意します。

現に子を監護している、
主たる生計維持者を記入

令和 年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ	トダ イチロウ	生年月日	
	氏名	戸田 一郎	年 月 日	
	住所	戸田市上戸田1-18-1	対象子ども との続柄	父・母
	電話番号		その他()	

対象子ども	フリガナ	生年月日	住所	受給資格者 種別
	氏名	年 月 日	申請者と異なる場合のみ記入	
	トダ タロウ 戸田 太郎	年 月 日	この度申請対象(出生、転入等)の子について記入。4名以上いる場合は1名分の欄を上下に分けて記入。	
		年 月 日		

口座の写しを提出「別紙写しのとおり」に✓を記入。(口座情報は記入不要)
口座の写しがない「次のとおり」に✓し、申請者名義の口座情報を記入

振込先	次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり				
	金融機関名	ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合	〇三八	支店 店番 038
	フリガナ	トダ イチロウ	普通預金 口座番号	1 2 3 4 5 6 7	

加入医療保険	対象子どもに関して、高額療養費等の決定に関する情報を保険者に照会・調査依頼することに同意します。また、現物給付等により戸田市が支給した医療費に法令その他の規程による高額療養費等が含まれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを戸田市長に委任します。				
	被保険者(世帯主)氏名(戸田 一郎) 対象子どもとの続柄 (父・母・その他())				
	次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり				
	記号	1234567	番号	67	保険者 番号

名称	戸田市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(東京)支部 ()健康保険組合 ()共済組合 ()	資格取得年 月 日	年 月 日
----	--	--------------	-------

異動事由	異動年月	保険証の写しを提出 「別紙写しのとおり」に✓を記入(保険証の内容は、記入不要) 保険証の写しがない場合 「次のとおり」に✓を記入し、保険証の内容を記入する。 保険証は子どもの保険証の情報を記入。保険証がまだできていない場合は、被保険者(保護者)の保険証を記入。子が複数いる場合は欄を上下に分けて記入。
1. 出生	年	
2. 転入	年	
3. 関係者変更	年	
4. その他新規等()	年	