

戸田市子ども医療費受給資格登録申請書

(宛先)

戸田市長

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条例施行事務を行うため、必要な範囲内で公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことにご同意します。

提出する日を記入

申請日 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()	
	個人番号	●●●●●●●●●●		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。	

対象子ども	フリガナ	トダ タロウ	令和●年●月●日	受給資格者証番号
	氏名	戸田 太郎		
	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) ネットバンク等で写しが提出できない→「次のとおり」に✓し、申請者名義の口座情報を記入 現に登録のあるきょうだいと同じ口座にする→「現に登録のある同一世帯の対象子どもと同じ口座にする」に✓し、きょうだいの氏名を記入(口座の写しの提出・口座情報の記入は不要)			

振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> 現に登録のある同一世帯の対象子どもと同じ口座にする (登録済みの対象子どもの氏名)			
	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())						
	<input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として利用						
	記号	1234567	番号	67	保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	

異動事由	1. 出生	年	保険証、資格確認書等の写しを提出 →「別紙写しのとおり」に✓を記入(健康保険情報は記入不要) 保険証、資格確認書等の写しがない場合 →「次のとおり」に✓を記入し、保険証等の内容を記入する。 ※子どもの健康保険情報を記入。資格確認書がまだできていない場合は、被保険者(保護者)の健康保険情報を記入。子が複数いる場合は欄を上下に分けて記入。 保険証、資格確認書等の写しがない場合(マイナンバーカードを保険証としている) →「マイナンバーカードを健康保険証として利用」に✓を記入(健康保険情報は記入不要)
	2. 転入	年	
	3. 関係者変更	年	
	4. その他新規等()	年	