

記入不要	登録年月日	令和 年 月 日	登録事由	出生・転入・社保加入
	交付方法	窓口・郵送（ / ）		

子育て支援医療費受給資格登録申請書

下記のとおり子育て支援医療費受給資格の登録を申請します。
 なお、受給資格認定のため、加入保険の状況等を調査することに同意します。

令和 年 月 日

三春町長 様

住所 三春町

申請者
 (被保険者) 氏名

申請者記入欄	(被保険者)	ふりがな			子ども		電話		
		氏名			との				
		住所	三春町						
		登録事由	出生・転入・社保加入						
	子ども	ふりがな							
		氏名							
		性別	男・女		男・女		男・女		
		生年月日	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		
	加入保険	加入保険の 資格取得年月日	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日		
		保険者名	※該当の番号に○をつけてください。 ① 全国健康保険協会（ ）支部 ② （ ）健康保険組合 ③ （ ）共済組合 ④ その他（ ）						
保険者番号				被保険者名					
口座登録	記号・番号	—		勤務先					
	振込先金融機関名・支店名			口座種類・番号	口座名義				
	銀行	支店		普通・総合・当座	フリガナ				
	農協			番号	氏名				
	信用組合								

添付書類 ※申請の際にご準備ください。

- ①子どもが医療保険各法による被扶養者たることを証する書類等
- ②口座登録金融機関通帳の写し（被保険者名義のもの）