

様式第1号(第9条関係)

- ☐ 子ども医療費受給資格登録兼受給資格証交付申請書
- ☐ 子ども医療費受給資格登録変更届兼受給資格証変更交付申請書

木城町長 殿

子ども医療費受給資格の登録・変更及び受給資格証の交付・変更交付を申請します。なお、受給申請時及び受給期間中に、世帯の所得・税額等の状況、世帯の構成・異動及び児童手当受給の状況について調査・確認することに同意します。

また、子どもが受けた療養に係る高額療養費の申請・受領に関する全ての権限を木城町長に委任します。

年 月 日申請

申請者 (保護者)	ふりがな	きじょう たろう		生年月日	昭和××年 ×月 ×日	
	氏名	木城 太郎		個人番号	×××× ×××× ××××	
				対象者との続柄	父 母・()	
	住所	木城町大字高城1227-1				
電話	0983(32)4733					
医療保険	保険種別	社会保険				
	記号・番号	××××××××-×				
	保険者名	全国健康保険協会××支部	保険者番号	×××××××××		
	資格取得日	平成× 年 × 月 × 日				
対象者 (子ども)	ふりがな	氏名		生年月日	住所	学校名等
	きじょう はなこ 木城 花子			平成×年 ×月 ×日	木城町大字 高城1227-1	木城学園
				個人番号		
				年 月 日	木城町大字	
				個人番号		
				年 月 日	木城町大字	
				個人番号		
				年 月 日	木城町大字	
				個人番号		
				年 月 日	木城町大字	
				個人番号		
				年 月 日	木城町大字	
個人番号						
変 更 年 月 日		年 月 日				
備考						
受 付 交 付 年 月 日						

※ 太枠内を記入してください。

申請者(保護者)の方のことを記入してください。

今回申請する子どもの健康保険情報を記入して下さい。
(国民健康保険の場合)

今回申請する子どもの情報のみを記入してください。
※新小学1年生、新高校1年生になる子どもの申

添付書類として、
対象の子どもの健康保険資格が確認できるものを添付してください。
例)
・健康保険証
・資格確認書
・資格確認のお知らせ