

受付年月日	決裁	年 月 日			
年 月 日		課長	課長補佐	係長	係

子ども医療費受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 阿久根市長

申請者 住所 阿久根市
氏 名

個人番号

連絡先

阿久根市子ども医療費受給資格登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。
なお、阿久根市子ども医療費受給資格登録及び私の世帯員の個人市民税の税務資料等を閲覧することに同意します。
また、子ども医療費の給付を受けるために必要な下記子どもの受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会又は社会保険支払診療報酬基金鹿児島支部に送付することに同意します。

子 ど も	氏名	生年月日	個人番号	住所	性別	申請者 との続柄	
	1				男・女		
	2				男・女		
	3				男・女		
	4				男・女		
	5				男・女		
子 ど も に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 種 類	政府	組 合	日 雇	船 員	共 済	国 保
	被保険者記号番号	記 号		番 号			
	被 氏 名				性 別	男 ・ 女	
	保 生 年 月 日				子 ども との続柄		
	険 住 所						
者 資格取得年月日							
保 険 者	所 在 地						
	名 称						
	附 加 給 付 有 無	有 ・ 無		給 付 割 合			
金 支 融 払 機 希 関 望	名 称		銀行・信金 信組・農協	預金種別			
			支店・支所	口座番号			
				(フリガナ) 口座名義人			