

こ　ど　も　医　療　費　受　給　資　格　登　録　申　請　書																											
保 護 者	氏　　名							生　　年　　月　　日		年　　月　　日		個　人　番　号 (市外・県外は必須)															
	住　　所		電　話　（日中連絡先）　　（　　）																								
	1月1日現在の住所		<input type="checkbox"/> 郡山市内 <input type="checkbox"/> 郡山市外（　　）																								
こ ど も	受給資格者証番号																										
	氏　　名																										
	生　　年　　月　　日		年　　月　　日					年　　月　　日					年　　月　　日														
	資　格 取　得	年　　月　　日	年　　月　　日					年　　月　　日					年　　月　　日														
		事　　由		1　出生　2　転入　3　その他					1　出生　2　転入　3　その他					1　出生　2　転入　3　その他													
医 療 保 険	保　險　種　別		1　国　協　組　船　国　共　7　そ 保　会　合　員　組　済　他							振　込　希　望 金　融　機　関　名		<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ <input type="checkbox"/> 上の子と同じ					窓　口　確　認　欄										
			支　店　名																								
	記　号	番　号						金　融　機　関 コ　ー　ド						—			<input type="checkbox"/> 本人確認 (個人番号カード・免許証・保険証・その他) <input type="checkbox"/> こどもの保険証の写し 受給資格者証送付先 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> こども										
	保　險　者　番　号							口　座　番　号																			
	保　險　者　名							口　座　名　義 (　カ　ナ　)																			
上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。																											
															郡山市長					年　　月　　日							
															申請者　氏　名												

※事務処理欄
受給資格者証　窓口発行　　/　　郵送　　/　　未発行（　　）

保護者の本人確認およびこどもの健康保険加入状況確認のため保護者とこどもの健康保険情報のわかるものを貼付してください。

例)資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの健康保険情報、健康保険証、資格取得証明書

こども医療費受給資格登録申請書															
保護者	氏名	郡山 太郎（被保険者）				生年月日	H7年 6月 18日			個人番号 （市外・県外は必須）					
	住所	郡山市桑野一丁目2番3号（保護者の住所）				電話（日中連絡先）090（1234）5678 ※（受給者以外でも可）				市内は省略可					
	1月1日現在の住所		R7 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市内 R6 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市外（〇〇県〇〇市 ××区）出生日が1月～7月は前年と同年8月～12月は当年												
こども	受給資格者証番号		受給資格者証を発行したら記入												
	氏名		郡山 がくと（こどもの名前）												
	生年月日		R7年 1月 23日				年 月 日				年 月 日				
	資格取得	年月日	R7年 1月 23日				年 月 日				年 月 日				
		事由	<input checked="" type="radio"/> 1 出生 <input type="radio"/> 2 転入 <input type="radio"/> 3 その他				<input type="radio"/> 1 出生 <input type="radio"/> 2 転入 <input type="radio"/> 3 その他				<input type="radio"/> 1 出生 <input type="radio"/> 2 転入 <input type="radio"/> 3 その他				
医療保険	保険種別		1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/>				振込希望 金融機関名		<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ <input type="checkbox"/> 上の子と同じ		窓口確認欄				
			国協組船国共その他 保会合員組済他				支店名		八二八						
	記号	番号	1111111				金融機関コード		9 9 0 0 — 8 2 8		<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認 <div>（個人番号カード）免許証・保険証・その他</div> <input checked="" type="checkbox"/> こどもの保険証の写し <input checked="" type="radio"/> 3 マイナポータル				
	保険者番号		01070010				口座番号		1 2 3 4 5 6 7						
	保険者名		福島支部				口座名義 （カナ）		コオリヤマ タロウ						
上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。															
郡山市長															
R7年 4月 15日															
申請者 氏 名 郡山 太郎（被保険者）															

※事務処理欄
受給資格者証 窓口発行 4/15 郵送 / 未発行（未発行の理由） ※原則窓口発行

こども医療費受給資格登録申請書																				
保護者	氏名	郡山 太郎（被保険者）						生年月日	H7年 6月 18日			個人番号 （市外・県外は必須）								
	住所	郡山市桑野一丁目2番3号（保護者の住所）						電話（日中連絡先）090（1234）5678 ※（受給者以外でも可）			市内は省略可									
	1月1日現在の住所		R7 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市内 R6 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市外（〇〇県〇〇市 ××区）転入日が1月～7月は前年と同年8月～12月は当年																	
こども	受給資格者証番号		受給資格者証を発行したら記入																	
	氏名		郡山 がくと（こどもの名前）																	
	生年月日		R7年 1月 23日						年 月 日			年 月 日								
	資格取得	年月日	R7年 4月 10日						年 月 日			年 月 日								
		事由	1 出生 2 転入 3 その他						1 出生 2 転入 3 その他			1 出生 2 転入 3 その他								
医療保険	保険種別		1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> その他							振込希望		<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ								
			金融機関名		ゆうちょ <input type="checkbox"/> 上の子と同じ						窓口確認欄									
	支店名		八二八						<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認											
	記号	番号	1111111 222 01						金融機関コード		9	9	0	0	—	8	2	8	<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カード 免許証・保険証・その他	
	保険者番号		01070010						口座番号		1	2	3	4	5	6	7	<input checked="" type="checkbox"/> こどもの保険証の写し <input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル		
保険者名		福島支部						口座名義（カナ）		コオリヤマ タロウ								受給資格者証送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> こども		
上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。																				
郡山市長																				
R7年 4月 15日																				
申請者 氏 名 郡山 太郎（被保険者）																				

※事務処理欄
受給資格者証 窓口発行 4/15 郵送 / 未発行（未発行の理由） ※原則窓口発行

こども医療費受給資格登録申請書																	
保護者	氏名	郡山 太郎（被保険者）				生年月日	H7年 6月 18日			個人番号 （市外・県外は必須）							
	住所	郡山市桑野一丁目2番3号（保護者の住所）				電話（日中連絡先）090（1234）5678 ※（受給者以外でも可）			市内は省略可								
	1月1日現在の住所		R7 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市内 R6 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市外（〇〇県〇〇市 ××区）資格取得日が1月～7月は前年と当年8月～12月は当年														
こども	受給資格者証番号		受給資格者証を発行したら記入														
	氏名		郡山 がくと（こどもの名前）														
	生年月日		R7年 1月 23日				年 月 日			年 月 日							
	資格取得	年月日	R7年 4月 1日				年 月 日			年 月 日							
		事由	1 出生 2 転入 3 <input checked="" type="radio"/> その他				1 出生 2 転入 3 その他			1 出生 2 転入 3 その他							
医療保険	保険種別		1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> その他				振込希望 金融機関名		<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ <input type="checkbox"/> 上の子と同じ			窓口確認欄					
			支店名		八二八												
	記号	番号	111111		222 01		金融機関コード		9	9	0	0	—	8	2	8	<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認 <input checked="" type="checkbox"/> こどもの保険証の写し <input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル 受給資格者証送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> こども
	保険者番号		01070010				口座番号		1	2	3	4	5	6	7		
	保険者名		福島支部				口座名義 （カナ）		コオリヤマ タロウ								
上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。																	
郡山市長																	
R7年 4月 15日																	
申請者 氏 名 郡山 太郎（被保険者）																	

※事務処理欄
受給資格者証 窓口発行 4/15 郵送 / 未発行（未発行の理由） ※原則窓口発行

こども医療費受給資格登録申請書（特例）															
保護者	氏名	郡山 花子（監護する方）				生年月日	H7年 6月 18日			個人番号 （市外・県外は必須）					
	住所	郡山市桑野一丁目2番3号（保護者の住所）				電話（日中連絡先）	090（1234）5678 ※（受給者以外でも可）			市内は省略可					
	1月1日現在の住所		R7 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市内 R6 <input checked="" type="checkbox"/> 郡山市外（〇〇県〇〇市 ××区）資格取得日が1月～7月は前年と当年8月～12月は当年												
こども	受給資格者証番号		受給資格者証を発行したら記入												
	氏名		郡山 がくと（こどもの名前）												
	生年月日		R7年 1月 23日				年 月 日				年 月 日				
	資格取得	年月日	R7年 4月 1日				年 月 日				年 月 日				
		事由	1 出生 2 転入 3 その他				1 出生 2 転入 3 その他				1 出生 2 転入 3 その他				
医療保険	保険種別		1 2 3 4 5 6 7 国 協 組 船 国 共 そ 保 会 合 員 組 済 の 他				振込希望 金融機関名		<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ <input type="checkbox"/> 上の子と同じ		窓口確認欄				
			支店名		八二八										
	記号	番号	111111		222 01		金融機関コード		9 9 0 0 — 8 2 8		<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認 （個人番号カード） 免許証・保険証・その他) <input checked="" type="checkbox"/> こどもの保険証の写し （資） マイナポータル 受給資格者証送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> こども				
	保険者番号		01070010				口座番号		1 2 3 4 5 6 7						
	保険者名		福島支部				口座名義 （カナ）		コオリヤマ ハナコ						
上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。 被保険者氏名 生年月日 住所 個人番号（マイナンバー）1月1日現在の住所 郡山市長 R7年 4月 15日 申請者 氏 名 郡山 花子（監護する方）															

※事務処理欄

受給資格者証 窓口発行 4/15 郵送 / 未発行（未発行の理由

）※原則窓口発行