

第8号様式（第13条関係）

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		□郡山市内 □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	保険種別		1 国保	2 協会	3 合同	4 組合	5 員組	6 共済	7 その他	振込希望金融機関名	□児童手当と同じ □上の子と同じ			窓口確認欄		
										支店名				□本人確認 (個人番号カード・免許証・保険証・その他) □子どもの保険証の写し 受給資格者証送付先 □保護者 □子ども		
	記号	番号								金融機関コード						
										口座番号						
	保険者名									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子どもの健康保険加入状況確認のため保護者と子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

別紙1-1

第8号様式（第13条関係）

出生

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）	
	1月1日現在の住所		R7□郡山市内 R6□郡山市外（○○県○○市 ××区）出生日が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（子どもの名前）				
	生年月日		R7年 1月 23日			年月日	
	資格取得	年月日	R7年 1月 23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	
医療保険	保険種別		1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5 6 7 国協組船共その他の会合員組済他	振込希望 金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ □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"/> （資）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		
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）	
	1月1日現在の住所		R7□郡山市内 R6□郡山市外（○○県○○市 ××区）転入日が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（子どもの名前）				
	生年月日		R7年 1月 23日			年月日	
	資格取得	年月日	R7年 4月 10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	
医療保険	保険種別		1 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5 6 7 国協組船共その他の会合員組済他	振込希望 金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ □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"/> （資）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		

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）	
	1月1日現在の住所		R7□郡山市内 R6□郡山市外（○○県○○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（子どもの名前）				
	生年月日		R7年 1月 23日			年月日	
	資格取得	年月日		R7年 4月 1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 国協組船国共その 保会合員組済他	振込希望 金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ □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"/> （資）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		
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

別紙1-4

第8号様式（第13条関係）

離婚前提の転入

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	市内は省略可	
				※（受給者以外でも可）			
1月1日現在の住所	R7□郡山市内 R6□郡山市外（○○県○○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（子どもの名前）					
	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	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 3 4 5 6 7 国協組船國共その 保会合員組済他	振込希望 金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 児童手当と同じ ゆうちょ □上の子と同じ		窓口確認欄	
	記号番号	1111111 222 01	支店名	八二八		<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認	
	保険者番号	01070010	金融機関 コード	9 9 0 0 — 8 2 8	(個人番号カード) 免許証・保険証・その他		
	保険者名	福島支部	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="radio"/> 資 マイナポータル		
		口座名義 (カナ)	コオリヤマ ハナコ		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

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

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