

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		年月日				
	資格 取得	年月日	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	3 組	4 船	5 国	6 共	7 其 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
		保	会	合	員	組	済	他	支店名			
	記号	番号							金融機関 コード	-		□本人確認 (個人番号カード・免許証・保険証・その他)
	保険者番号							口座番号			□こどもの保険証の写し	
保険者名							口座名義 (カナ)			受給資格者証送付先 □保護者 □子ども		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">郡山市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名</p>												

※事務処理欄

受給資格者証 窓口発行 / 郵送 / 未発行 ( )

