

同意及び委任について、確認してください。

### 子ども医療費受給資格登録申請書

(宛先) 富士見市長

次のとおり、私(支給対象者)は医療費の登録及び支給にあたり、とに同意します。また、国民健康保険から医療費の受領、返還について富士見市長に委任します。

提出される日を記入してください。出生等の事由発生日の翌日から15日以内の申請になります。※郵送の場合は、市役所に到着した日が申請日となります。

原則として、主たる生計維持者が支給対象者(保護者等)となります。※自立している方などで保護者に監護されていない方は本人になります。

お子さんの健康保険の資格取得日(認定年月日)をご記入ください。

必ず支給対象者(保護者等)と同じ方の名義の口座を記入してください。

受給者番号	
号	
号	

提出年月日

令和 5年 12月 1日

支給対象者(保護者等)	ふりがな	ふじみ たろう	生	年	月	日								
	氏名	富士見 太郎	昭和	2	年	2	月	23	日					
	個人番号	1111 1111 1111	平成											
	住所	富士見市大字鶴馬1800-1												
電話番号	090-1234-1111	子どもとの続柄	父											
子ども	ふりがな	ふじみ あゆみ	生	年	月	日								
	氏名	富士見 あゆみ	平成	25	年	4	月	15	日					
	個人番号	2222 2222 2222	令和											
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象者と同じ												
加入保険の資格取得日	平成〇〇年 〇月 〇日													
子ども	ふりがな	ふじみ かつま	生	年	月	日								
	氏名	富士見 勝馬	平成	3	年	7	月	7	日					
	個人番号	3333 3333 3333	令和											
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象者と同じ												
加入保険の資格取得日	令和 〇年 〇月 〇日													
子ども	ふりがな		生	年	月	日								
	氏名		平成											
	個人番号		令和											
	住所	<input type="checkbox"/> 支給対象者と同じ												
加入保険の資格取得日	年 月 日													
加入子どもの医療保険	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> マイナポータル <input type="checkbox"/> 後日提出 ※写しを添付(記入不要)													
	記号番号	Fさ	2675	43876	被保険者等の氏名	富士見 太郎 (父)								
	保険者番号	110353												
	保険者名	健康保険組合												
支給対象者名義の振込口座	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ <input type="checkbox"/> 添写しのおとり(記入不要)													
	ふじみ	銀行	信金	農協	きらり	支店	1	普通	2	当座				
	2	2	3	(店番)	7	7	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
							カナ名義	フジミタロウ						

提出した書類にチェックを付けてください。

お子さん全員分の資格確認書等のコピーを提出(持参)してください。

出生(後日資格確認書等の写しを提出) 転入 保険加入 その他(受給資格者変更)

備考: 個・免・パ・資・在留・( )・不・職