

受給資格証 記号番号							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

受給資格証記号番号は記入不要です

入間市子ども医療費受給資格登録申請書

令和6年 7 月 × 日

(あて先)入間市長

申請者 住 所 入間市 豊岡1-16-1

氏 名 入 間 太 郎

電話番号 04-2964-1111

記入不要です

次のとおり登録申請します。なお、市長が入間市子ども医療費支給事務に必要な事項を公簿等により確認し、及び健康保険組合等に診療報酬・療養費等の給付状況等を照会することについて同意します。

		転入年月日	年 月 日
受給者	住 所	入間市豊岡1-16-1	
	ふりがな	イルマ タロウ	
子ども	氏 名	入間 太郎	生年月日 昭和51年 1 月 1 日
	ふりがな	イルマ コタロウ	
加入保険	氏 名	入間 小太郎	生年月日 平成19年 11 月 14 日
	記号・番号	保 険 者	
加入保険	123・4567-03	入間市国民健康保険	
	保険者番号	00110254	
※ ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載しますか。			
☒ ×			

子ども医療費の助成金の振込先は次のとおりです。

振込先の口座は、受給者名義の口座です。配偶者やお子さんの口座は指定できません。

振込先	金融機関名	埼玉りそな	銀行・信用金庫 農業協同組合 ゆうちょ銀行	入間 支店
	預金種目	■普通 □当座	口座番号	1234567
	(フリガナ) 口座名義	イルマ タロウ		

市使用欄	受 付	決 定	児童手当申請 有 (新規・増額) 無 (公務員・その他)
	交 付		