

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

入間市子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(あて先)入間市長

申請者 住 所 入間市

氏 名

電話番号

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			子 ども と の 続 柄
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
子ども	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
加入 保 険	記 号 ・ 番 号	保 険 者		
		国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部		
	保 険 者 番 号			
※ 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	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 ゆうちょ銀行		支店
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			

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		