

## 戸田市子ども医療費受給資格登録申請書

(宛先)

戸 田 市 長

次のとおり、受給資格登録を申請し、  
認することに同意します。現に子を監護している、  
主たる生計維持者について  
ご記入ください。医療費の支給に当たり、所得の状況  
を公簿等で確提出する日  
をご記入ください。

申請日		令和元年 5月 1日				
申請者 (保護者)	フリガナ	トダ イチロウ		性 別	生 年 月 日	
	氏 名	戸 田 一 郎		男 ・ 女	昭 和 60 年 8 月 16 日	
	住 所	戸田市上戸田1-18-1 電話( 441 )1800		対象子ども との続柄	父 ・ 母 ・ ( )	
対象 こども	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	住 所	受給資格者証番号	
	トダ タロウ 戸田 太郎	男 ・ 女	令和元年 5月 1日	同上	この度申請対象(出生、転入等)の子についてご記入ください。 4名以上いる場合は1名分の欄を上下に分けてご記入ください。	
			申請者名義の口座をご記入ください。 ※配偶者・子など、申請者以外の方の名義は記載できません。	同上		
				同上		
振込先	金融機関名	ゆうちょ 銀行 信用金庫 信用組合		〇三八 支店	店番	038
	フリガナ 口座名義(申請者)	トダ イチロウ 戸田 一郎		普通預金 口座番号	1234567	
加入 医療 保険	対象子どもに関して、高額療養費等の決定に関する情報を保険者に照会・調査依頼することに同意します。 また、現物給付等により戸田市が支給した医療費に法令その他の規程による高額療養費等が含まれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを戸田市長に委任します。					
	被保険者(世帯主)氏名		戸田 一郎		対象子どもとの続柄	
	記号・番号		記号	7654321	番号	67
	名 称		東京支部		健保・国保・共済 全国健康保険協会	保 険 者 番 号
資格取得 年 月 日		令和元年 5月 1日				01110014

異動事由	異動日	異動日の翌日から15日の申請(15日目が土の場合はその翌日)
1. 出生	年 月 日	15日以内
2. 転入	年 月 日	15日超過
3. 関係者変更	年 月 日	
4. その他新規等( )	年 月 日	

子の保険証の写提出依頼

子の保険証の内容を記入してください。  
子の保険証がまだできていない場合は、  
被保険者(保護者)の保険証を記入してください。  
子が複数いる場合は欄を上下に分けてご  
記入ください。