

第1号様式(第4条関係)

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ます。また、戸田市子ども医療費の支給に当たり、所得の状況等を公簿等で確認することに同意します。

		申請日	年 月 日		
申請者 (保護者)	フリガナ			性 別	生 年 月 日
	氏 名			男 ・ 女	年 月 日
	住 所	戸田市 電話()		対象子ども との続柄	父・母・()
対象 子ども	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	住 所	受給資格者証番号
		男・女	年 月 日	同上・	
		男・女	年 月 日	同上・	
		男・女	年 月 日	同上・	
振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合			支店 店番
	フリガナ 口座名義(申請者)			普通預金 口座番号	
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			対象子どもとの続柄	
	記号・番号	記号	番号		
	名 称	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					

異動事由	異動日	異動日の翌日から15日以内 の申請(15日目が土日祝日 の場合はその翌日まで)	資格開始日	申立書等	資格開始日の 説明
1. 出生	年 月 日	15日以内	異動日		
2. 転入		15日超過	申請日		
3. 関係者変更	年 月 日				
4. その他新規等()	年 月 日	保険証の写提出依頼 (済・未)		郵送	/