

大分市子ども医療費助成受給資格登録申請書

大分市長 殿

年 月 日

大分市子ども医療費助成受給資格の登録を申請します。

なお、大分市子ども医療費助成受給資格の登録及び助成額の決定に関して、市が私及び私の属する世帯の課税状況の調査並びに保険給付の支給状況等の確認をすることに同意します。

助成対象者(保護者)	住 所	〒		
	フリガナ氏名	電話番号	- -	
		個人番号		

子 ども	住 所 <small>(助成対象者と同一の場合は記入不要)</small>	〒		
	フリガナ氏名	生年月日	平成 令和	年 月 日
		個人番号		

振 込 口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		
	支 店 名	本店・支店	預金種目	1. 普通 2. 当座
	口座番号			
	口座名義人 <small>(カタカナ)</small>			

加 入 医 療 保 険	保 險 者 名 保 險 者 番 号			
	保 險 種 別	1. 協会 2. 健保 3. 日雇 4. 船員 5. 共済 6. 国保 7. 国保組合		
	被保険者住所 <small>(助成対象者と同一の場合は記入不要)</small>	〒		
	フリガナ 被 保 険 者 名	被保険者生年月日	昭和 平成	年 月 日
		個人番号		
	記 号 番 号	記 号	番 号	
認 定 年 月 日	年 月 日			

受給資格者証 送付先住所	※子どもの住民登録地以外に受給資格者証の送付を希望される場合は、ご記入ください。 〒
-----------------	---

大分市記入欄	申請理由	〈 出生・転入・生保廃止・施設退所・里親委託終了 〉 日	年 月 日
		資 格 決 定 日	年 月 日
		受 給 者 番 号	