

※保険証の交付年月日または転入日から30日以内に申請をしてください。

記入例

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

令和 〇 年 △ 月 ○ 日

名取市長あて

受給者 (保護者)	氏名	名取 太郎	個人番号	1	2	3	4	-	5	6	7	8	-	9	8	7	6
	現住所	名取市増田字柳田 80															
	今年1月1日時点 の住所	同上															
	昨年1月1日時点 の住所	仙台市太白区															
	対象者との続柄	父						連絡先	080-xxxx-xxxx								
配偶者	氏名	名取 花子	個人番号	9	8	7	6	-	5	4	3	2	-	1	2	3	4
	現住所	同上 (住所が異なる場合は住所を記入)						連絡先	080-xxxx-xxxx								
	今年1月1日時点 の住所	同上															
	昨年1月1日時点 の住所	仙台市太白区															
(対象者 児童)	フリガナ	ナトリ カーナ						生年月日	平成 令和 4年 10月 1日								
	氏名	名取 かな															
	住所	同上															
加入 (児童 医療 保険)	記号	〇〇××						番号・枝番	123456								
	認定年月日	平成 令和 4年 10月 1日															
	被保険者氏名	名取 太郎						保険者番号	12345678								
	保険者の名称	△△△健康保険組合															
	保険種別	国保 健保協会 健保組合 共済組合 国保組合 他															

上記の者の子ども医療費助成について下記口座へ振り込みされることを承諾します。

金融機関	名取	銀行	金庫	組合	増田	支店	支所	出張所		
口座番号 (7桁)	1	2	3	4	5	6	7	名義人名 (カナ)	ナトリ	タロウ

子ども医療費助成を受けたいので上記のとおり資格登録（更新）申請するとともに、以後の更新時において、下記項目に同意し、自動更新を依頼します。

- ・所得判定を行うにあたり、市の保有する公簿等により所得状況確認すること。
- ・市が子ども医療費助成事務手続きに限って記載内容を利用し、地方税関係情報を取得すること。

受給者 氏名 名取 太郎

※同意しない場合は、署名の必要はありません。その場合、別途課税証明書等を添付する必要があります。また、更新時において課税証明書等を添付しその都度手続きを行うこととなります。