

子ども医療費助成資格登録申請書

令和〇年△月△日

珠洲市長

申請者住所 珠洲市上戸町北方〇字〇番地

電話番号 (0768) 82 - 〇〇〇〇

氏名 珠洲 太郎 (自署の場合、押印不要)

個人番号 1234 5678 9012

※申請者・保護者・口座名義人は同一

	フリガナ 氏名	住所	生年月日	子ども との 続柄	職業	振込先	〇〇 銀行 △△ 支店	
子ども	スズ ハナコ 珠洲 花子	珠洲市上戸町北方〇字〇番地	令和1年5月1日			フリガナ	スズ タロウ	
保護者	スズ タロウ 珠洲 太郎	同上	昭和60年1月1日			父 または 母	会社員	口座名義
被保険者	社保の場合は被保険者、国保の場合は子どもの名前	資格取得日について... 社保の場合は「認定年月日」 国保の場合は「取得年月日」	昭和60年1月1日	父・母 または 本人	会社員または無職など	預金種目	普通 当座	
加入保険	記号番号	資格取得日	令和〇年〇月〇日	保険者名	保険証の下部に記載してある 保険者名称を記入	助成期間	入院 通院	年 月 日から 年 月 日まで
	1234567 - 89	証発行日	令和〇年〇月△日	所在地	金沢市〇町〇-〇			
						登録番号		

「記号」と「番号」の間にハイフンを記入

証発行日について...
社保、国保いずれの場合も「交付年月日」

