

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

登 録	令和	年	月	日	発 行	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

こども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所 坂戸市

氏 名

電話番号 ()

保護者	ふりがな		性 別	生 年 月 日	こどもとの続柄
	氏 名		男・女	昭和 平成 年 月 日	

こども	ふりがな		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	平成 令和 年 月 日

加入 医療 保険	記 号	番 号	保 険 者 名 称		
			<input type="checkbox"/> 坂戸市国民健康保険 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	保 険 者 番 号		所 在 地		

重度心身障害者医療費受給資格 有 無

振 込 先	金融機関コード		店 番	口 座 番 号	名 義 人
					カタカナで記載
	銀 行 信用金庫 農 協		支店		

※受付者記入欄 《 出生 転入 年齢拡大 その他 () 》

入力済 ①被保険者氏名 ②こどもとの続柄 ③加入期間開始日

H□
R□ . .