

# 記入例

様式第1号 (第3条関係)

の中を記入してください。

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

**本日の日付**

令和××年 ○ 月 ××日

坂戸市長 あて

**こどもと同一住所地である  
父母のうち所得の高い方**

申請者 住所 **坂戸市千代田1-1-1  
坂千アパート201号室**  
氏名 **坂戸 太郎**

申請者 (保護者)	ふりがな	さかど たろう						生年月日	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H	6年6月20日							
	氏名	坂戸 太郎						こどもとの続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	電話番号	0	9	0	-	1	2	3	4	-	5	6	7	8			
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3				
こども	ふりがな	さかど さくら						生年月日	<input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> R	6年 5月5日							
	氏名	坂戸 さくら						監護の有無	(有) ・ 無								
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3				
加入医療保険	記号	12345678						保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	
	番号	90															
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 坂戸市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> ( <b>坂戸グループ</b> ) 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 ( )															
	重度心	<b>金融機関コード、店番は不明 の場合は空欄で結構です。</b>						<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無									
振込先	金融	9 8 7 6 1 2 3						口座番号					名義人	カタカナで記載			
		埼玉 <b>銀行</b> 信用金庫 農協 <b>まがたま</b> 支店						0 1 2 3 4 5 6				<b>サカド タロウ</b>					

の上名に  
義記の  
入口し  
座た保  
護者

※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

--

父 母

その他 ( )

H

R

--