

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 氏名																
申請者 (保護者)	ふりがな						生年月日		☐ S 年 月 日 ☐ H							
	氏 名						こどもとの続柄		☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 ()							
	電話番号															
	個人番号															
こども	ふりがな						生年月日		☐ H 年 月 日 ☐ R							
	氏 名						監 護 の 有 無		有 ・ 無							
	個人番号															
加入医療保険	記 号						保 険 者									
	番 号						番 号									
	保 険 者 名 称		☐ 坂戸市国民健康保険 ☐ () 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 () 支部 ☐ その他 ()													
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

☐父 ☐母
☐その他 ()

☐ H					
☐ R					