

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	平成	年	月	日	発 行	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

こども医療費受給資格登録申請書

本日の日付

平成×○年 ○月 ××日

坂戸市長 あて

**お子さんの
父、または母**

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

電話番号 090-(0000)-△△△△

保護者	ふりがな	さかど たろう			性別	生 年 月 日			こどもの続柄
	氏 名	坂戸 太郎			<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	S50年 6月 2日			父
こども	ふりがな	さかど さくら			性別	生 年 月 日			
	氏 名	坂戸 さくら			男 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 女	平成23年 4月 15日			
加入 医療 保険	記 号	番 号			保 険 者 名 称				
	1234 5678	90			<input type="checkbox"/> 坂戸市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> (さかどグループ) 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					
0 6 5 4 3 2 1 0			ここは空欄で結構です。						
振込 先	金融機関コード			店 番		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		名 義 人	
	9 8 7 6 1 2 3							カタカナで記載	
	埼玉			銀行 信用金庫 農 協		まがたま支店		0123456 サカド タロウ	

の上
に記
入し
た保
護者
の口座

※受付者記入欄 《坂戸市国民健康保険 資格認定日：平成 年 月 日》
《 出生 転入 年齢拡大 その他 () 》

入力済