

日高市子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

（あて先）日高市長

次のとおり受給資格証を申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ							生 年 月 日			
	氏 名							年 月 日			
	個人番号										
	住 所 電話番号	日高市 ( )						子どもと の続柄			
	フリガナ							生 年 月 日			
	子どもの氏名							年 月 日			
	個人番号										
	住所が申請者と異なる場合にはその住所										
加 入 保 険	保 険 種 別	市町村国保 他国保 健保組合 協会管掌 共済組合 ( )									
	記 号 番 号										
	被保険者氏名										
	資格取得年月日	年			月			日			
	保 険 者										
	所 在 地 電 話 番 号	( )									
	付 加 給 付 の 有 無	有 ・ 無 (内容 )									
振 込 口 座	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合						本 店 支 店 出 張 所			
	預金の種類	普通 ・ 当座						口座番号			
	フリガナ										
	名義人										
※ 振込口座は上記の申請者の 口座を記入してください。											

処 理 欄	受付日		備 考	
	交付日			