

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 4 年 4 月 1 日

鹿屋市長 様

申請者 住所 鹿屋市 共栄町 20 番 1 号

氏名 鹿屋 太郎

連絡先 090 (1234) 5678

[記入例]

太枠外の記入は不要です。

*新規登録のお子様をご記入
ください。

*扶養義務者(父母)のうちど
ちらかをご記入ください。

次の...の登録を申請します。
な...者世帯の地方税関係情報について、鹿屋市が取得し、又は確認することに同意します。
また、下...受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部へ送付することに同意します。

対象者	(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	住所 (申請者と同じ場合、省略可)	続柄	世帯主氏名	保険証		受給資格者証番号
							記号番号	資格取得年月日	
	鹿屋 パラ太	男・女	H25.1.1	同上	子	鹿屋 太郎	(国保) 03 12345678	H25.1.1	
	鹿屋 パララ	男・女	R2.5.1	"	子	"	(社保) 000 0000 00	R2.5.1	
扶養義務者	鹿屋 太郎	男・女	S63.3.10	同上	対象者 との続柄	父	個人番号	00123456789	
	鹿屋 花子	男・女	H2.12.20	"		母	個人番号	987654321000	

*資格取得年月日は、
保険証にある認定年月日です。

加入保険	被保険者	振込先口座		現物給付	資格取得
		氏名	住所		
	鹿屋 太郎	申請者と同じ	申請した医療費助成金は、(上記口座) 登録済口座)へ振込を依頼します。	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 県内転入 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> その他
	S63. 3. 10	男・女	口座番号 123456	<input type="checkbox"/> 銀行・金庫 <input type="checkbox"/> 信組・農協 <input type="checkbox"/> 支店出張所	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	個人番号		名義人(カナ) カノヤ タロウ		
	保険者名称	(国保) 鹿屋市 (社保) 〇〇健康保険〇〇			
注1 校生相当年齢の子どもについての確認事項					
① 未婚・既婚 ② 扶養義務者が監護している はい・いいえ					

*扶養義務者が市外にお住
まいの場合は、住所の記入と
マイナンバー等の提示が必
要となります。

*保険証の内容をご記入くださ
い。郵送で申請する場合、写しを
添付してください。

*振込先は保険証の被保険者
(被保険者が別居の場合は、同
居の保護者)となります。
郵送の場合、写しを添付してく
ださい。

*H16.4.2~H19.4.1生の
お子様の場合、記入が必要です。
*既婚や監護なしの場合は対象外
となります。

個人番号 処理確認	身元確認書類	職権処理
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード+身元確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 職権処理本人同意 処理日: / /