

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

鹿屋市長 様

令和7年 4月 10日

【記入例】
太枠内を記入してください。

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

記入する日

新規登録のお子様についてご記入ください。

扶養義務者(父母)のうち、どちらかの方をご記入ください。

次のとおり子ども医療費助成金受給資格の登録を申請します。

なお、資格登録に際し、扶養義務者及び対象者世帯の地方税関係情報並びに被保険者及び対象者の加入保険関係情報について、鹿屋市が取得し、又は確認することに同意します。
また、下記対象者の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)		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		個人番号	受給資格者証番号			
	氏 名							記 号 ・ 番 号	資格取得年月日					
	カノヤ パラタ		男	女	R2. 5 . 10	同 上	子	鹿屋 太郎	(国保)	R2. 5. 10	123456789000			
	鹿屋 パラ太								03 12345678					
	カノヤ バララ		男	女	H19. 4 . 3	"	子	"	(社保)	H19. 4. 3	234567891000			
鹿屋 バララ		12345678 12												
		男・女	. .											
扶 養 義務者	カノヤ タロウ		男	女	S55. 3. 20	同 上	対 象 者 と の 続 柄	父	個人番号	000123456789	1月1日時点の住所			
	鹿屋 太郎													
	カノヤ ハナコ		男	女	S60. 8. 25	"		母	個人番号	987654321000				
鹿屋 花子														
世 帯 員	カノヤ ジロウ		男	女	S26. 7 . 4	同 上	対 象 者 と の 続 柄	父の父	個人番号	543219876000				
	鹿屋 次郎													
	カノヤ バラオ		男	女	H18. 4. 25	"		兄	個人番号	567891234000				
	鹿屋 バラ男													
			男・女	. .					個人番号					
加 入 保 険	被 保 険 者	(フリガナ)	カノヤ タロウ		男	女	生年月日	S55. 3. 20	振 込 先 口 座	〇〇〇		銀行 金庫	本店・支店	判定 (課税・非課税)
		氏 名		鹿屋 太郎						信組・農協	△△	支所・出張所		
		住 所		申請者と同じ			種別	普通・ その他 ()		口座番号	123456	資格取得事由 ☐ 出生 ☐ 県内転入 ☐ 県外転入 ☐ その他 ()		
		個人番号		000123456789			名義人(か)	カノヤ タロウ						
		保 険 者 名 称		(国保)鹿屋市 (社保)〇〇〇健康保険組合			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。							
高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									

資格取得年月日は、保険証の認定年月日です。

対象者、扶養義務者、被保険者が市外にお住まいの場合は、氏名、住所、生年月日、個人番号を確認できるマイナンバーカード等の提示が必要です。

対象者及び父母以外で対象者と同じ世帯の方

H19. 4. 2～H22. 4. 1生のお子様の場合、記入が必要です。
※お子様が既婚や監護なしの場合は、助成対象外となります。

注 太枠内を御記入ください。

加入保険の内容をご記入ください。

課長	課長補佐	係長	係

個人番号 処理確認	個人番号確認	身元確認書類	職権処理
	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証 ☐ 旅券	☐ 職権処理本人同意
	☐ 通知カード+身元確認書類	☐ その他 ()	処理日: / /

振込先は、保険証の被保険者(被保険者がお子様と別居の場合は、お子様と同居の保護者)となります。

- 申請に必要なもの(郵送の場合は、写しを添えてください)
- ・振込先口座の通帳又はキャッシュカード
 - ・お子様、父母、被保険者及びお子様と同一世帯の方の個人番号が確認できるもの(マイナンバーカード、個人番号記載の住民票等)、申請者の本人確認ができるもの(運転免許証等)
 - ・お子様の加入保険内容が確認できるもの(お子様の健康保険証(R6. 12. 1時点の内容に変更がなく有効期限内のもの)、お子様の加入保険資格確認書、お子様及び被保険者のマイナンバーカード)
 - ・対象者、扶養義務者、被保険者が市外にお住まいの場合は、氏名、住所、生年月日、個人番号を確認できるマイナンバーカード等の提示が必要です。