

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

鹿屋市長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先

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) 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		個人番号	受給資格者証番号		
							記号番号	資格取得年月日				
		男・女	. .									
		男・女	. .									
		男・女	. .									
扶養義務者		男・女	. .		対象者 との続柄			個人番号		1月1日時点の住所		
		男・女	. .					個人番号				
加入保険	被保険者	氏名			振込先口座	銀行・金庫 信組・農協		支店 出張所	現物給付	市町村民税非課税世帯と確認された場合、医療機関等の窓口での支払がなくなる「子ども医療給付受給資格者証（現物給付）」の交付を  <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	判定 (課税・非課税) <input type="checkbox"/> 交付  資格取得事由 <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 ( )	
		住所				種別	普通・その他 ( )					
		生年月日	. .	男・女		口座番号						
		個人番号				名義人(か)						
	保険者名称			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							

注 太枠内を御記入ください。

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
					<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"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 職権処理本人同意 処理日: / /