

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和6年 12月 16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

新規登録のお子様についてご記入ください。

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。

【記入例】

太枠外の記入は不要です。

記入する日

扶養義務者(父母)のうち、どちらかをご記入ください。

資格取得年月日は、保険証の認定年月日です。

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		
対象者	カノヤ バラタ 鹿屋 バラ太	男・女	H20.1.1	同上	子	鹿屋 太郎	(国保) 03 12345678	H20.1.1	123456789000	
	カノヤ バララ 鹿屋 バララ	男・女	R2.5.1	"	子	"	(社保) 12345678 12	R2.5.1	234567891000	
		男・女	.							
扶養義務者	カノヤ タロウ 鹿屋 太郎	男・女	S63.3.10	同上	対象者 との続柄		父	個人番号	000123456789	1月1日時点の住所
	カノヤ ハナコ 鹿屋 花子	男・女	H2.12.20	"			母	個人番号	987654321000	
加入保険	被保険者	氏名	カノヤ タロウ 鹿屋 太郎		振込先口座	種別	銀行 金庫 支店 信組・農協 △△ 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 checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
		住所	申請者と同じ				普通・その他()			
		生年月日	S63.3.10	男・女			口座番号	123456		
		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。				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()		
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					

扶養義務者及び被保険者が市外にお住まいの場合は、必ず氏名にフリガナを記入し、氏名、住所、生年月日、個人番号のわかるマイナンバーカード等の提示が必要です。

H18.4.2~H21.4.1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	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券	
<input type="checkbox"/> 通知カード+身元確認書類		<input type="checkbox"/> その他()	
職権処理			
<input type="checkbox"/> 職権処理本人同意			
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
- ・父母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)、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)