

戸田市こども医療費受給資格登録申請書

(宛先)

戸田市長

次のとおり、受給資格登録を申請します。また、市長が戸田市こども医療費条例施行規則第10条第1項第2号の事務を行うため、必要な範囲内で公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことに同意します。

		申請日	令和●年●月●日												
申請者 (保護者)	フリガナ	トダ イチロウ			生 年 月 日										
	氏 名	戸田 一郎			●●年●●月●●日										
	住 所	戸田市 上戸田1-18-1			対象こども との続柄	父・母 その他( )									
	電話番号	●●●●-●●●●-●●●●													
	個人番号	●●●●●●●●●●													
対象こども	フリガナ	トダ タロウ			この度申請対象(出生、転入等)の子について記入。4名以上いる場合は1名分の欄を上下に分けて記入。	受給資格者証番号									
	氏 名	戸田 太郎													
	生 年														
	口 座					口座の写しを提出→「別紙写しのとおり」に✓を記入。(口座情報は記入不要) 口座の写しがない→「次のとおり」に✓し、申請者名義の口座情報を記入 現に登録のあるきょうだいと同じ口座にする→「現に登録のある同一世帯の対象こどもと同じ口座にする」に✓し、きょうだいの氏名を記入(口座の写しの提出・口座情報の記入は不要)									
	姓 名														
振込先	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> 現に登録のある同一世帯の対象こどもと同じ口座にする(登録済みの対象こどもの氏名)														
	金融機関名	ゆうちょ 信用金庫 〇三八 支店			店番	038									
	フリガナ	トダ イチロウ			普通預金 口座番号	1	2	3	4	5	6	7			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として利用														
	記 号	1234567		番 号	67		保 險 者 番 号	0	1	1	1	0	0	1	4
	名 称	<input type="checkbox"/> 戸田市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(東京)支部 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合			資格取得	●●年●●月●●日									
		<input type="checkbox"/> 保険証の写しを提出 →「別紙写しのとおり」に✓を記入(保険証の内容は、記入不要) <input type="checkbox"/> 保険証の写しがない場合 →「次のとおり」に✓を記入し、保険証の内容を記入する。 ※保険証はこどもの保険証の情報を記入。保険証がまだできていない場合は、被保険者(保護者)の保険証を記入。子が複数いる場合は欄を上下に分けて記入。 <input type="checkbox"/> 保険証の写しがない場合(マイナンバーカードを健康保険証としている) →「マイナンバーカードを健康保険証として利用」に✓を記入(保険証の内容は、記入不要)													
異動事由															
1. 出生 2. 転入 3. 関係者変更 4. その他新規等( )															