

※お子さんの保険証（原本）を提示してください

（宛先）上尾市長

子ども医療費受給資格認定申請書

お子さんの病院受診状況に詳しい方で、昼間つながりやすいご連絡先をご記入ください。（最長16年間登録）

申請年月日 令和〇〇年 7月1日

保護者
氏名 **アゲオ タロウ**
上尾 太郎
住所 上尾市
本町3-1-1
マンション上尾101

父・母・子と一緒に住んでいる場合
⇒児童手当受給者を記入
生計中心者が単身赴任等で市外在住
⇒子と同居する保護者を記入

※仕事以外の理由でご別居の場合や、ひとり親家庭等の場合は担当までご相談ください。

生年月日 **52年 7月 1日** 子どもの続柄 **父・母・他** 電話 **自宅・携帯(父・母・他)** **(048) 775 - 5111** (転入の場合のみ) 転入日 **令和 2年 6月 28日**

医療費助成制度の資格・支給審査にあたり、私、私の配偶者、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者について、他市区町村が保有する住民基本台帳及び課税台帳等の公簿により確認することに同意します。また、必要が生じた場合、保険に所得区分や附加給付金・高額療養費等を確認することに同意します。なお、申請した事項に変更が生じたときは、速出を行います。

氏名	性別	生年月日	転入の場合のみ 転入日	保険資格取得日
フリガナ アゲオ ソラ 上尾 空	男・女 平	令 20年 7月 1日	令和 2年 6月 28日	・出生年月日 平・令 21年 4月 1日 ・他
フリガナ アゲオ リク 上尾 陸	男・女 平	令 22年 5月 5日	令和 2年 6月 28日	・出生年月日 ・他
フリガナ	男・女	平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他
フリガナ	男・女	平・令 年 月 日	令和 年 月 日	・出生年月日 ・他

保険証を見ながら、保険に加入した日（認定年月日等）を記入してください。
※保険証の発行日ではありません。

金融機関名 **上尾** 支店名 **上尾**
銀行 信用金庫 本店 農協 出張所
金融機関コード 店番号 種 口座番号
1 0 0 普 1 2 3 4 5 6 7
名義人氏名（カタカナ）※姓と名の間は、1マス空けてください。
アゲオ タロウ
受給者番号 名前 生年月日
 子ども医療の（ 年 月 日 ）と同じ口座で登録する。
認定番号 または 受付番号
 児童手当（ ）と同じ口座で登録する。

上記の保護者名義の口座を記入。
※配偶者名義や子ども名義は不可

記号 **12345678** 番号 **55**
被保険者・世帯主等の氏名 **上尾 太郎** 子どもの続柄 **父・母・他**
被保険者・世帯主等の個人番号 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1**
保険者番号 **0 1 1 1 0 0 1 4**
保険組合名称 **全国健康保険協会** **埼玉** 支部
健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合
電話(〇〇〇) xxx-〇〇〇〇

備考 上尾市から児童手当を受給している方は、できるだけ児童手当と同じ口座の登録をお願いします。☑をご記入ください。

備考 保険証に保険組合の電話番号があれば記入してください。