

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

宮代町長 あて

申請者 住 所 宮代町
氏 名
電 話 (父・母)
(父・母)

下記のとおり受給資格登録申請をします。受給資格及び支給の審査において必要な情報を、
宮代町及び他市区町村が保有する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、
町が医療機関及び保険者等に給付状況等を個人番号に基づき確認することに同意します。

記

受給資格者	ふりがな			生 年 月 日						
	氏 名			昭和 平成 年 月 日						
	個人番号									
	住 所	宮代町		こどもとの 続柄						
対象の こども	ふりがな			生 年 月 日						
	氏 名			平成 令和 年 月 日						
	個人番号									
加入 保険 医療	国保 ・ 社保	記号・番号	保険者名		保険者番号					
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証に記載してよいか。					はい ・ いいえ					
振込口座（受給資格者名義のもの）										
金融機関		銀行 信用金庫 農協 本店・支店								
金融機関番号		支店コード		預金種別		口座番号				
				普通						
名義人（カナ）										
備 考		転入・出生・受給者変更 受給証交付 未・済								