様式第１号（第２条関係）

決裁					受　付	年　月　日
					伺	年　月　日
					決　定	年　月　日
					発　行	年　月　日

受給資格要否	加入保険	付加給付
要・否（理由）	国保（一般・退職者）　社保	有　・　無

児童医療費受給資格登録申請書

平成○○年　○○月　○○日

さくら市長　　様

※日中連絡がとれる電話番号の記入をお願いします

申請者　住　所　**さくら市氏家２７７１番地**

氏　名　**桜　太郎**　㊞

本人自署の場合は押印を省略できます。

電話番号　自宅　**０２８　ー**　○○○　ー　○○○

携帯　**０９０　ー**　○○○○　ー　○○○○

助成対象者は、父親、母親等になります。

助成対象者	ふりがな	**さくら　たろう**	性別	生年月日
	氏名	**桜　太郎**	㊚・女	**ＳまたはＨ**○○年○○月○○日
	続柄	㊒　・　母　・　その他（　　）		
	住所	さくら市**氏家２７７１番地**		
	職業	**会社員**	勤務先名	○○○**株式会社**

登録する児童名を記入してください。

児童	ふりがな	**さくら　はなこ**	性別	生年月日
	氏名	**桜　花子**	男・㊛	**Ｈ**○○年○○月○○日
	住所	対象者と住所が違う場合のみ記入してください。		

事業所ではなく、加入している都道府県・健康保険組合名等を記入してく

さくら市国民健康保険の所在地は「さくら市氏家2771番地」です

加入保険	被保険者名	**桜　太郎**
	記号番号	○○○　○○○○○○
	保険者名称	○○○**健康保険組合**　○○○**共済組合**　**さくら市国民健康保険**　**等**
	所在地	**健康保険証保険者名称の下に記載されている所在地を記入**
付加給付の状況		

振込先	銀行名	○○**銀行**	支店名	○○**支店**
	フリガナ	**サクラ　タロウ**	口座番号	○○○○○○○
	口座名義	**桜　太郎**	※児童名義の口座には振込めません。	

※太線欄には、申請者は記入しないこと。

受給者番号							