|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 泉崎村こども医療受給資格登録申請書    申請事由　【　□出生　・　□転入　・　□加入保険変更　・　□保護者変更　】 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保  護  者 | ふりがな  氏　　　　名 | **いずみざき　たろう** | | | | | | | | | | | | | | 生　　年　　月　　日 |
| **泉　崎　　太　郎** | | | | | | | | | | | | | | **S５０年４月　１日** |
| 個　人　番　号 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** | | **８** | **９** | | **０** | **１** | **２** | 個人番号は必ず記入して下さい |
| 振　込　口　座 | 金融機関名  **ゆうちょ銀行** | | | | | | | 支店名  **八二八支店** | | | | | | | 口座番号 |
| **普通**　**１２３４５６７**  当座 |
| こ  ど  も | ふりがな  氏　　　　名 | **いずみざき　はなこ** | | | | | | | | | | 男　・ | | | | 生年月日 |
| **泉　崎　　花　子** | | | | | | | | | | **R２年　３月３１日** |
| 加  　入  　保  　険 | 被保険者 | **泉崎　太郎** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | **泉崎〇〇〇〇株式会社** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | **００００００００** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号・番号 | **記号０００００－番号０００００** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者名称 | **〇〇〇〇健康保険組合** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、こども医療費受給資格証の登録を申請します。  　　なお、次の条件を付して所得・課税状況を調査することに同意します。  　１　期　間　こども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。  　２　目　的　こども医療費助成に係る県補助金対象の有無を確認するため。  　３　その他　調査結果を目的外には使用しない。  令和**〇〇**年**〇〇**月**〇〇**日  泉 崎 村 長  住　所　**泉崎村大字泉崎字八丸１４５番地**  氏　名　**泉崎　太郎**  （電話**０２４８－　５３　－　２１１２**　） | | | | | | | | | | | | | | | | |

**記入例**

※処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 加入保険 |  |
|  | 資 格 取 得日 | 年　　　月　　　日 |