

|           |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

こども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

草加市長 宛て

住 所 草加市

フリガナ

申請者 氏 名

(受給者) 電話・FAX

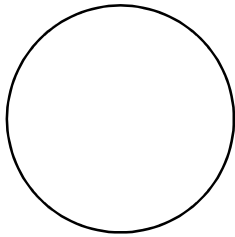
こどもとの続柄

- 出 生  
 転 入
- したため、こども医療費受給資格の登録を申請します。

また、こども医療費として助成した医療費にかかる高額療養費分は、健康保険組合等の保険者が支給する高額療養費からこども医療費に振替し、草加市が収納することに同意します。

|             |                            |   |   |          |   |       |           |  |
|-------------|----------------------------|---|---|----------|---|-------|-----------|--|
| こ<br>ど<br>も | フリガナ<br>氏 名                |   | 生年月日  | 平成<br>令和 | 年 | 月     | 日         |  |
|             | 住 所                        | □申請者と同じ (記入不要)  |   |          |   |       |           |  |
|             | 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 記号・番号   | 記号  | 番号       |   |       |           |  |
|             |                            | 保険者番号   |   |          |   |       |           |  |
|             | 保険者名称                      | <input type="checkbox"/> 健康保険組合<br><input type="checkbox"/> 全国健康保険協会<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険組合<br><input type="checkbox"/> 共済組合 |   |          |   |       |           |  |
| 振<br>込<br>先 | 登<br>録<br>済                | 登録済の<br>こどもが<br>いる場合  | 受給者番号 .....<br>氏 名 .....と同じ<br>生年月日 .....年.....月.....日生まれ                                 |          |   |       |           |  |
|             | 新<br>規                     | 金融機関名   | 銀 行<br>信用金庫<br>農 協<br>支店  |          |   |       |           |  |
|             |                            | 口座番号<br>(7桁)  | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座<br><input type="checkbox"/> 貯蓄 |          |   | 口座名義人 | (カタカナで記入) |  |

新規(出生・転入等)



|           |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|

こども医療費受給資格登録申請書

令和 5 年 1 月 1 日

草加市長 宛て

住 所 草加市 高砂1-1-1  
フリガナ ソウカ タロウ  
申請者 氏 名 草加 太郎  
(受給者) 電話・FAX 090-000-0000  
こどもとの続柄 父

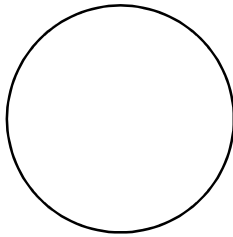
出 生  
 転 入

したため、こども医療費受給資格の登録を申請します。

また、こども医療費として助成した医療費にかかる高額療養費分は、健康保険組合等の保険者が支給する高額療養費からこども医療費に振替し、草加市が収納することに同意します。

|             |                              |  |                   |          |  |         |   |   |   |
|-------------|------------------------------|--|-------------------|----------|--|---------|---|---|---|
| こ<br>ど<br>も | フリガナ<br>氏 名                  | ソウカ ハナコ<br>草加 花子   | 生年月日              | 平成<br>令和 | 4年 10月 1日  |         |   |   |   |
|             | 住 所                          | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)   |                   |          |  |         |   |   |   |
|             | 加入<br>医療<br>保険               | 記号・番号  | 記号                | 0 1 2    | 番号   | 3 4 5 6 |   |   |   |
|             | 保険者番号                        | 1  | 2                 | 3        | 4  | 5       | 6 | 7 | 8 |
|             | 保険者名称                        | 草加高砂   |                   |          | <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合<br><input type="checkbox"/> 全国健康保険協会<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険組合<br><input type="checkbox"/> 共済組合 |         |   |   |   |
| 振<br>込<br>先 | 登 録 済 の<br>こ ども が<br>い る 場 合 | 受給者番号  | .....             |          |  |         |   |   |   |
|             | 氏 名                          | .....と同じ   |                   |          |  |         |   |   |   |
|             | 生 年 月 日                      | .....年   | .....月            | .....日   | 生まれ  |         |   |   |   |
|             | 金融機関名                        | 草加   | 銀行<br>信用金庫<br>農 協 | 高砂       | 支店   |         |   |   |   |
|             | 口座番号<br>(7桁)                 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座<br><input type="checkbox"/> 貯蓄 | 7 6 5 4 3 2 1     | 口座名義人    | (カタカナで記入)<br>ソウカ タロウ   |         |   |   |   |

第2子以降



|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|

こども医療費受給資格登録申請書

令和 5 年 1 月 1 日

草加市長 宛て

住 所 草加市 高砂1-1-1  
フリガナ ソウカ タロウ  
申請者 氏 名 草加 太郎  
(受給者) 電話・FAX 090-000-0000  
こどもとの続柄 父

出生 したため、こども医療費受給資格の登録を申請します。  
 転入

また、こども医療費として助成した医療費にかかる高額療養費分は、健康保険組合等の保険者が支給する高額療養費からこども医療費に振替し、草加市が収納することに同意します。

|     |              |   |                     |          |           |           |
|-----|--------------|---|---------------------|----------|-----------|-----------|
| こども | フリガナ氏名       | ソウカ ハナコ<br>草加 花子  | 生年月日                | 平成<br>令和 | 4年 10月 1日 |           |
|     | 住 所          | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要)  |                     |          |           |           |
|     | 加入医療保険       | 記号・番号   | 記号                  | 0 1 2    | 番号        | 3 4 5 6   |
| 振込先 | 登録済のこどもがいる場合 | 受給者番号   | 7 6 5 4 3 2 1       |          |           |           |
|     |              | 氏 名   | 草加 一郎               |          |           |           |
| 新規  | 金融機関名        | 生年月日  | 平成 2 9 年 5 月 1 日生まれ |          |           |           |
|     |              | 銀行<br>信用金庫<br>農 協   | 支店                  |          |           |           |
|     | 口座番号(7桁)     | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座<br><input type="checkbox"/> 貯蓄 |                     |          | 口座名義人     | (カタカナで記入) |