新規（出生・転入）

記入例

第１号様式（第４条関係）

受付印

受給者番号							

こども医療費受給資格登録申請書

令和　６　年　１２　月　２　日

草加市長　　宛て

☐出　　生
☑転　　入　したため、こども医療費受給資格の登録を申請するとともに、次の事項に同意します。

1　草加市こども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うこと。

2　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。

申請者（受給者）	フリガナ 氏　名	ソウカ　タロウ 草加　太郎	こどもとの続柄	父
	個人番号	１２３４５６７８９１０２		
	住所	草加市　高砂１－１－１		
	連絡先	０９０（　〇〇〇〇　）〇〇〇〇		
こども	フリガナ 氏　名	ソウカ　ハナコ 草加　花子	生年月日	平成 令和　２　年４月２日
	個人番号	０９８７６５４３２１０３		
	住　所	☑申請者と同じ（記入不要）		
	加入医療保険	☑ 次のとおり　☐ 別添写しのとおり（個人番号を提供する場合は、記入を省略することができます。）		
	記号	０１２	番号	３４５６
	保険者番号	１２３４５６７８	附加給付の有無	有　無
	所在地	埼玉県草加市中央１－１－８		
	保険者名称	草加高砂 ☑健康保険組合　☐全国健康保険協会　☐国民健康保険　☐国民健康保険組合　☐共済組合		
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給者証へ記載することについて			希望する	希望しない
振込先	登録済	登録済のこどもがいる場合	氏　名＿＿＿＿＿＿と同じ 受給者番号＿＿＿＿＿＿　生年月日＿＿年＿＿月＿＿日	
	新規	金融機関名	草加 銀　行／信用金庫／農　協	高砂　支店
	新規	口座番号（７桁）	☑普通 ☐当座 ☐貯蓄 ７６５４３２１	口座名義人（カタカナで記入） ソウカ　タロウ

第２子以降

記入例

第１号様式（第４条関係）

受付印

受給者番号							

こども医療費受給資格登録申請書

令和　６　年　１２　月　２　日

草加市長　　宛て

☑出　　生
□転　　入　したため、こども医療費受給資格の登録を申請するとともに、次の事項に同意します。

1　草加市こども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うこと。

2　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。

申請者（受給者）	フリガナ 氏　名	ソウカ　タロウ 草加　太郎	こどもとの続柄	父
	個人番号	１２３４５６７８９１０２		
	住所	草加市　高砂１－１－１		
	連絡先	０９０（　〇〇〇〇　）〇〇〇〇		
こども	フリガナ 氏　名	ソウカ　イチロウ 草加　一郎	生年月日	平成 令和　３　年４月２日
	個人番号	０９８７６５４３２１０３		
	住　所	☑申請者と同じ（記入不要）		
	加入医療保険	☑　次のとおり　　□　別添写しのとおり（個人番号を提供する場合は、記入を省略することができます。）		
	記号	０１２	番号	３４５６
	保険者番号	１２３４５６７８	附加給付の有無	有　無
	所在地	埼玉県草加市中央１－１－８		
	保険者名称	草加高砂 ☑健康保険組合　□全国健康保険協会　□国民健康保険　□国民健康保険組合　□共済組合		
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給者証へ記載することについて			希望する	希望しない
振込先	登録済	登録済のこどもがいる場合	氏　名　草加　花子　と同じ 受給者番号　７６５４３２１　生年月日　令和２　年　４　月　２　日	
	新規	金融機関名	銀　行／信用金庫／農　協　　支店	
		口座番号（７桁）	□普通 □当座 □貯蓄	口座名義人　（カタカナで記入）