

受給者 番 号							
------------	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 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 草加市子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 子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子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							こどもとの続柄					
	個人番号												
	住所	草加市											
	連絡先	()											
こ ど も	フリガナ 氏 名							生年月日		平成 令和 年 月 日			
	個人番号												
	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						番号					
		保険者番号								附加給付 の有無		有 無	
		所在地											
		保険者名称	□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	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)			