

※登録申請は次のものを持参してください

記号	相馬	号	受給資格要・否	要・否
加入保険	国 歯 政・組・共・船・組・国・国・他		附加給付	有・無

- 1 保険証(子どもの氏名が記載されているもの)
- 2 所得・課税状況が分かる書類(転入者のみ)
- 3 附加給付に関する証明(全国健康保険協会・相馬市国民健康保険の方は必要ありません)
- 4 振込先の通帳(被保険者名義)

本枠の中をご記入ください

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 2年 7 月 1 日

相馬市長

申請者 住所 相馬市 中村字北町 63-3

氏名 相馬 太郎

電話番号 0244-37-2204

年 月 日 資格取得・転入

保護者	フリガナ名	ソウマ タロウ 相馬 太郎		
	住所	相馬市中村字北町 63-3		
子ども	フリガナ名	ソウマ ハナコ 相馬 花子	生年月日 令和 3 年 1 月 1 日生	性別 男 長女 <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	保護者に同じ		
加入保険	保険者名	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国保組合・国民健康保険		
	記号番号	12 - 345678	振込金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店
	被保険者名	相馬 太郎	口座種別	1. 普通 2. 当座
	事業所	(株)〇〇電機	口座番号	1234567
	電話番号	0244-37-2205	フリガナ名義人	ソウマ タロウ 相馬 太郎

申請者・保護者は保険の扶養者となります。ただし、扶養者の住所が相馬市以外にある場合には、相馬市に住所がある方となります。

附加給付に関する証明

当保険者においては 上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。

給付

有…(給付内容)
無

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

保険者名 (事業所長)

印

ご加入の保険が全国健康保険協会・相馬市国保以外の方は、お勤め先(事業所)で証明を受けてください。

※附加給付に関する証明：被扶養者等(出生の日から18歳に達する以後の最初の3月31日までの間にある者)が医療機関等で受診した時において、保険診療分の一部負担金を保険者が還元する制度の有・無とその内容について証明してください。ただし、政府管掌健康保険者(全国健康保険協会発行のもの)及び相馬市国民健康保険者の場合は必要ありません。