

赤枠の中をご記入ください。青字のようにご記入ください。

記入例

様式第1号(第2条関係)

※大崎市記載処理欄	処理事項	年月日 処 理 済	受付者	受給者証番号	
	所得判定	適否 理由	交付年月日	有効期間 年 月 日	年月日から 年月日まで
	申請の事由	出生・転入・受給者変更(婚姻・離婚・受給者の転出・受給者死亡) その他( )			

### 子ども医療費助成受給資格登録申請書

令和 4年 5月 4日

大崎市長 様

①提出する日を記入してください。

申請者(保護者)

配偶者

氏名 **大崎 太郎**

氏名 **大崎 花子**

(生年月日 **S60年 10月 10日**)

(個人番号 **1111111111111111**)

(子どもとの続柄 **父**)

②児童ではなく、保護者及び配偶者の住所、氏名、生年月日、個人番号、続柄、電話番号を記入してください。

住所 **大崎市古川**

(電話 **090-0000-XXXX**)

下記のとおり、子ども医療費助成  
帯員及び扶養義務者の公簿等を確

③児童の氏名、性別、個人番号、生年月日を記入してください。

ふりがな **おおさき いちろう**

個人番号 **3333333333**

子どもの氏名 **大崎 一郎**

男・女

生年月日 **R4年 5月 1日**

子どもの住所

保護者と住所の異なる場合

④児童が加入している、または加入予定の医療保険証を見ながら記入してください。

記 号 **123**

加入医療保険  
被保険者氏名 **大崎 太郎**  
世帯主氏名

子どもとの続柄 **父**

保 険 者 番 号 **0104003**

保 険 者 名 称 **全国健康保険協会 宮城支部**

保 険 者 所 在 地 **仙台市青葉区～**

⑤保護者の振込口座を記入して下さい。  
※県外の病院、薬局を利用した際に必要になります。

子ども医療費助成金について下記の口座へ振り込み願います。

振込希望 金融機関	金融機関名	<b>〇〇〇</b> 銀行 <b>△△</b> 本店
	口座番号	<b>1234567</b> 農協 支店
	普通当座	フリガナ <b>オオサキ タロウ</b>
		口座名義人 <b>大崎 太郎</b>