

受給資格証番号	
---------	--

子ども医療費受給資格登録申請書兼台帳		申請日	令和	年	月	日
(あて先) 本庄市長		住所				
受給資格及び支給の審査において必要な情報を、本庄市及び他市区町村が保有する課税台帳等の公簿により確認することに同意します。また、市が医療機関及び保険者等に給付状況等を確認することに同意します。		申請者	氏名			
		電話番号				

(ふりがな) 受給資格者 氏名	-----	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日	交付年月日	年	月	日
			個人番号							有効期限	年
子どもとの 続柄	父・母・他( )		1月1日時点 の市町村名					備考			
(ふりがな) 子どもの 氏名	-----	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日				
			個人番号								

加入 医療 保険	記号	番号	振込口座 (受給資格者名義のもの)	銀行	本店			
				信用金庫	支店			
	保険者番号	資格取得日又は認定年月日		労働金庫	出張所			
		平成・令和 年 月 日		信用組合				
	保険者名称			農協				
	国民健康保険・国民健康保険組合 健康保険組合・共済組合			預金種別	口座番号			
	全国健康保険協会_____支部			普通・当座				
被保険者名又は世帯主	子どもとの続柄	口座名義人(カタカナ)						
	父・母・他( )							
ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証に記載しますか。				はい・いいえ				

※市処理欄

	異動日	15日特例		
出生	/	/	有・無	
転入	/	/	有・無	
変更	/	/	有・無	
	/	/	有・無	