

子ども医療費受給資格認定申請書

令和 年 月 日

敦賀市長 あて

住 所

保護者 氏 名 印

(TEL — —)

子どもの医療費の助成を受けるため、その資格の認定について、関係書類を添え申請します。

子 ど も	フリガナ							平成・令和 年 月 日生		
	氏 名							男・女	続 柄	
	住 所	☐ 申請者 と同じ								
保 護 者	フリガナ							生 年 月 日		
	氏 名							昭和 平成	年 月 日 生	
加 入 医 療 保 険	保 険 の 種 類	1国保 2退職 3国保組合 4協会けんぽ 5組合 6共済 7船員 8日雇								
	保険者の名称									
	保 険 者 番 号									
	保 険 記 号						番 号			
	被保険者氏名							附加給付	1 有 2 無	
	被保険者住所	☐ 申請者 と同じ								
口 座	金 融 機 関 名	銀行 信金 農協					支店 出張所	科 目	1 普通 2 当座	
	口 座 番 号						フリガナ			
							口座名義人			

提示書類

- 1 社会保険法による被保険者証又は組合員証
- 2 保護者の指定(希望)する金融機関の通帳

受 給 資 格	要 ・ 否	受 給 資 格 年 月 日	令和 年 月 日から		
住 所 要 件	令和 年 月 日 出生 ・ 転入 から居住 確認済				
受 給 資 格 番 号				区 分	県単 市単
受給者証交付年月日	令和 年 月 日交付	入 力		確 認	

申請に当たり、私の住民基本台帳等、申請内容の確認に必要な公簿を照会されることについて、同意します。

保護者氏名 印