※下記書類を添付の上、申請お願いいたします。
　□児童の健康保険の内容が分かる物（健康保険証、保険者が発行する資格確認書等）のコピー
　□受給者の口座が確認できるもののコピー

※対象者（お子様）の保険資格等の交付日または転入日から30日以内に申請をしてください。

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

令和　　年　　月　　日

名取市長あて

受給者（保護者）	氏名		個人番号	□□□□-□□□□-□□□□
	現住所			
	今年1月1日時点の住所	□ 名取市	□ その他（　都・道府・県　）	
	昨年1月1日時点の住所	□ 名取市	□ その他（　都・道府・県　）	
	対象者との続柄		連絡先	
配偶者	氏名		個人番号	□□□□-□□□□-□□□□
	現住所		連絡先	
	今年1月1日時点の住所	□ 名取市	□ その他（　都・道府・県　）	
	昨年1月1日時点の住所	□ 名取市	□ その他（　都・道府・県　）	
対象者（児童）	フリガナ		個人番号	□□□□-□□□□-□□□□
	氏名			
	住所		生年月日	H・R　　年　　月　　日
加入医療保険（児童）	記号		番号・枝番	
	被保険者氏名		認定年月日	H・R　　年　　月　　日
	保険者の名称		保険者番号	
	保険種別	国保　健保協会　健保組合　共済組合　国保組合　他		

上記の者の子ども医療費助成について下記口座へ振り込みされることを承諾します。

金融機関				銀行　金庫　組合				支店　支所　出張所
口座番号（７桁）								名義人名（カナ）

子ども医療費助成を受けたいので以上のとおり資格登録（更新）申請するとともに、以下の事項に同意します。また、以後の更新時において、自動更新を依頼します。

・所得判定を行うにあたり、市の保有する公簿等により所得状況確認すること。
・市が子ども医療費助成事務手続きに限って記載内容を利用し、保険情報、地方税関係情報を取得すること。

＜添付書類＞
□ 対象者（お子様）の医療保険の情報が分かるもののコピー
□ 受給者の口座が確認できるもののコピー

受給者　　氏名

※同意しない場合は、署名の必要はありません。その場合、別途課税証明書等を添付する必要があります。
また、更新時において課税証明書等を添付しその都度手続きを行うこととなります。

【名取市処理欄】申請者の方は記載不要です。

登録事由	令和　年　月　日　登録〔出生・転入・その他（　）〕				
受給資格	適・否　（否の理由　）				
世帯番号		受給者CD		対象者CD	
受給者番号		認証制度	４０　４１　４４　４５		