

# 記入例

## こども 福祉医療費受給資格 認定申請書

<受給者証が必要な方> (お子さん)

フリガナ	イサハヤ イチロウ	生年月日	令和 □年 □月 □日
氏名	諫早 一郎	個人番号	□□□□□□□□□□
住所 (建物名等)	諫早市東小路町7番1号	市処理欄	宛名番号 受給者番号

対象者の氏名・生年月日・住所を記入してください

<申請者> (保護者)

諫早市長 様		(申請日) 令和 ○年 ○月 ○日	
上記のとおり、子ども医療費受給者証の交付について関係書類を添えて申請します。			
フリガナ	イサハヤ タロウ	生年月日	平成 △年 △月 △日
氏名	署名	個人番号	□□□□□□□□□□
		電話番号	0957 - 22 - 1500
住所 (建物名等)	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者証が必要な方と同じ (記入不要)	続柄	受給者証が必要な方から見て 父

申請者(保護者)の氏名・生年月日・住所・電話番号・続柄・申請日を記入してください  
※申請者氏名は自署してください

諫早市使用欄

添付書類	事由
<input type="checkbox"/> 保険の資格が確認できる資料等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 口座 (通帳・キャッシュカード) の写し	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 認定年月日                      年    月    日
	決 定
	1   適当と認められたので受給者証を交付する。 2   次の理由により申請を却下する。

申請に必要なもの

・お子様の保険の資格が確認できるもの(以下①～④のいずれか)

- ① 従来の健康保険証(令和6年12月2日以降は新規発行されません)
- ② 健康保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格情報通知書」
- ③ 健康保険の保険者から交付された「資格確認書」
- ④ マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」

・申請者(保護者)名義の口座が分かるもの(通帳・キャッシュカード)