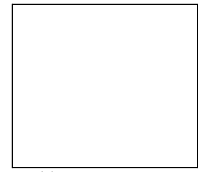


受付印

子ども医療費受給資格者認定申請書



熊本市長 (宛)

令和 年 月 日

※太わく内をご記入ください。

受給資格者	住所	熊本市 区		生年月日	S H	年	月	日
	氏名			TEL	自宅			
	子との続柄	父・母・その他 ()		携帯	(父・母)			
								受給者市民日
								S H R . .
ふりがな 子の氏名				生年月日	性別	市民日 保険資格取得日		
1				H R 年 月 日	男・女	H R . .		
2				H R 年 月 日	男・女	H R . .		
3				H R 年 月 日	男・女	H R . .		
4				H R 年 月 日	男・女	H R . .		
加入している健康保険	記号	番号		保険者番号				
保険者名称		熊本市・協会けんぽ・共済組合・健保組合・国保組合 支部						
保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保協会 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他 ()			被保険者名	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同一 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被保険者 (市外の場合)	住所							
	フリガナ 氏名				生年月日	S H	年	月
受給資格者証番号	記号番号				資格取得日		資格満了	
	①	ニ			H R	年 月 日	R	年3月末日
	②	ニ			H R	年 月 日	R	年3月末日
	③	ニ			H R	年 月 日	R	年3月末日
	④	ニ			H R	年 月 日	R	年3月末日
児童手当 確認印	確認者印	<input type="checkbox"/> () 年 () 月開始 <input type="checkbox"/> 同日申請 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 公務員 ()			主査	係員	処理欄	
							月 日 AM PM 郵送	

私は、この医療費助成に関する所得調査(申請者の属する世帯員)及び医療費助成金請求に関する一切の権限を、貴市所管所属長に委任します。また、資格の認定に必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。