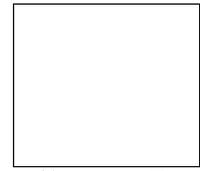


受付印

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					
			携帯	(父・母)				
子との続柄	父・母・その他 ()						受給者市民日	
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	日
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。