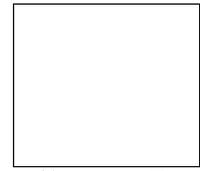


受付印

# 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 . . H R . .
2		H R 年 月 日	男・女	H R . . H R . .
3		H R 年 月 日	男・女	H R . . H R . .
4		H R 年 月 日	男・女	H R . . 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			生年月日	S H	年	月	日
	フリガナ 氏名							

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。