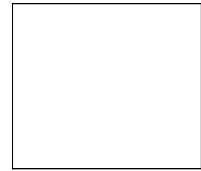


受付印



# こ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				市民日							
						保険資格取得日							
1					H	年 月 日				H R	. .		
					R					H R	. .		
2					H	年 月 日				H R	. .		
					R					H R	. .		
3					H	年 月 日				H R	. .		
					R					H R	. .		
4					H	年 月 日				H R	. .		
					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	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					生年月日	S H	年	月	日			
	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				主査	係員	処理欄					
		<input type="checkbox"/> 同日申請 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 公務員 ( )						月 日 AM PM 郵送					

私は、本申請を行うにあたり、資格の認定に必要な熊本市が有する情報を貴市所管所属長が利用することに同意します。