

受付印

こども医療費受給資格者認定申請書

熊本市長（宛）

申請日 令和 年 月 日

※太わく内をご記入ください。

受給養 資育 格者	住所	熊本市 区						生年月日	S 年 月 日		
	氏名					TEL	自宅	(父・母)			
							携帯				
	子との続柄	父・母・その他（ ）						受給者市民日			
								S・H・R			
ふりがな 子の氏名		生年月日		保険資格取得日		市民日					
1			H R	年 月 日		H R	年 月 日		年 月 日		
2			H R	年 月 日		H R	年 月 日		年 月 日		
3			H R	年 月 日		H R	年 月 日		年 月 日		
4			H R	年 月 日		H R	年 月 日		年 月 日		
加入している健康保険	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	☐ 国保 ☐ 健保協会 ☐ 共済 ☐ 健保組合 ☐ 国保組合 ☐ 医師国保 ☐ その他（ ）		被保険者名		☐ 受給資格者と同一 ☐ その他（ ）						
被保険者 (市外の場合)	住所										
	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	☐ （ ）年（ ）月開始 ☐ 同日申請 ☐ その他 ☐ 公務員						主査	係員	処理欄	
											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。

ひとり親 有 : 無