

# 子ども医療費受給資格者認定申請書

## ＜受給資格者＞（養育者）

熊本市長（宛）		（申請日）	
次のとおり申請します。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。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	個人番号	—この手続きでは個人番号の記入は不要です—
		電話番号	— —
住所	(建物名)	続柄	お子さんから見て 受給者市民日
			年 月 日

## ＜対象者＞（対象となるお子さん）

氏名		生年月日	保険資格取得日	市民日
1	カナ	年 月 日	年 月 日	年 月 日
2	カナ	年 月 日	年 月 日	年 月 日
3	カナ	年 月 日	年 月 日	年 月 日
4	カナ	年 月 日	年 月 日	年 月 日

## ＜健康保険の内容＞

加入している健康保険	保険者番号	
	保険者名称	( )
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"/> 受給資格者と同じ <input type="checkbox"/> その他( )	

## 熊本市使用欄

受給資格者証											
記号番号								資格取得日		資格満了	
①	ニ							年 月 日		年 3月末日	
②	ニ							年 月 日		年 3月末日	
③	ニ							年 月 日		年 3月末日	
④	ニ							年 月 日		年 3月末日	
児童手当確認欄								主査	係員	処理欄	
<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 ( )											
ひとり親		有	無								
月 日 AM PM 郵送											

受付印