

記載例  
(出生による申請)

子ども医療費受給者証交付 (更新)

年 月 日

一関市長 様

母親が一関市の  
妊産婦医療費助成を  
受給している場合は、  
妊産婦医療費助成の  
受給者番号を記入

助成を受ける子どもの  
父母の住所氏名等を記入

1月2日以降に  
転入の方は記入

主たる生計維持者と同じ場合は、  
チェックをつけて記載省略可

1月2日以降に  
転入の方は記入

助成を受ける  
子どもの名前を記入

保護者または配偶者と同じ場合は  
チェックと○をつけて記載省略可

保険証のコピーを  
添付する場合は  
チェックを入れて  
記入不要

受給者又は保護者の  
金融機関口座を記入

申請事由		<input checked="" type="checkbox"/> 出生 (産婦: 09-20-987654-3)		<input type="checkbox"/> 転入 (転入日: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> その他			
(主たる保護者)	(ふりがな) 氏名	いちのせき たろう 一関 太郎		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		生年月日	H8 年 2 月 3 日	
	住所	一関市竹山町7-99		TEL ( 090-1234-XXXX )	受給者との続柄	父			
保護者	転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地	盛岡市		昨年1月1日時点の住所地	宮城県仙台市			
	(主たる生計維持者) 配偶者 (又は他監護者)	(ふりがな) 氏名	いちのせき はなこ 一関		個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		生年月日	H9 年 3 月 4 日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		受給者との続柄	母				
受給者	転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地	盛岡市		昨年1月1日時点の住所地	宮城県仙台市			
	(ふりがな) 氏名	いちのせき いちろう 一関 一郎		生年月日	R6 年 3 月 31 日		<input checked="" type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者・配偶者と同じ		『乳』にチェック					
	転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地	盛岡市		昨年1月1日時点の住所地	宮城県仙台市			
	(ふりがな) 氏名	いちのせき いちろう 一関 一郎		生年月日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高		
	住所	<input type="checkbox"/> 保護者・配偶者と同じ		受給者との続柄					
加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり (保険証の写しを添付の場合、この項目の記入は不要)								
	被保険者氏名	保険証の被保険者の氏名		記号番号	保険証の記号・番号 (保険証の被保険者名の上部に表示)				
	保険者番号	加入している保険者の番号 (保険証の下部に表示)		資格取得年月日	受給者が保険認定された年月日を記入				
振込先	金融機関	平泉 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協・労働金庫		一関	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座		
	口座番号	9 8 7 6 5 4 3		(カタカナ) 口座名義人	イチノセキ タロウ 一関 太郎				

受付 本・花・大・千・東・室・川・藤 担当