

記載例  
(出生による申請)

子ども医療費受給者証交付 (更新)

令和 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

子ども医療費受給者証の交付(更新)を申請します。妊産婦及び重度心身障害児(者)の医療費の事務処理のために限って保護者及び児童福祉施設等に同意します。個人番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。

申請事由		<input checked="" type="checkbox"/> 出生 (産婦：09-20-987654-3)		<input type="checkbox"/> 転入 (転入日：R 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	S (H) 8 年 2 月 3 日					
住所	住所	一関市竹山町7-99			受給者との続柄	父	
	TEL ( 090 - 1234 - XXXX )						
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	
	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 花子		個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	
住所	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			受給者との続柄	母	
	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	
受給者	(ふりがな) 氏名	いちのせき いちろう 一関 一郎		生年月日	H (R) 6 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		
受給者	住所	年 月 日			<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高		
	(ふりがな) 氏名	年 月 日		<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高			
加入医療保険	被保険者氏名	医療保険の被保険者の氏名		記号番号	医療保険の記号・番号		
	保険者番号	加入している保険者の番号		資格取得年月日	受給者が保険認定された年月日を記入 日		
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		本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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		

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

受給者又は保護者の  
金融機関口座を記入

受付 本・花・大・千・東・室・川・藤 担当