

様式第 1 号（第 3 条関係）

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

（宛先）飯 能 市 長

飯能市が子ども医療費受給資格又は医療費の支給の審査に必要な範囲において、住民基本台帳、課税台帳等の公簿を確認すること及び保険者又は医療機関等に診療報酬及び療養費等の給付や請求の情報を確認することに同意します。

申請者（受給者）	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
	住 所	(〒) TEL ()		
	子どもとの関係			
子ども	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	個人番号	
加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名			
	保 険 者 名 称	(保険者番号)		
	保 険 者 の 所 在 地			
	記 号 ・ 番 号			
口座振替先	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農業協同組合		本 店 支 店 出張所
	口 座 種 目	当座 ・ 普通		
	口 座 番 号			
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			
適 用 理 由		出 生 ・ 転 入 ・ その他 ()		
医療適用年月日		年 月 日		

※ 振込口座は、申請者（受給者）の口座を記入してください。

処 理 欄	交 付 日	年 月 日	備 考	
	受給者番号			