

川越市子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(提出先)  
川越市長

川越市子ども医療費支給に関する条例第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住所	川越市										
	フリガナ											
	氏名											
対象となる子ども	住所	※申請者と住所が異なる場合、御記入ください 川越市										
	フリガナ								生年月日			
	氏名								年 月 日			
	加入医療保険	名称	健康保険組合・共済組合・国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部									
		保険者番号										
		被保険者 記号・番号	.									
		世帯主・被保険者・ 組合員・加入者	フリガナ									
氏名												
	個人番号											
振込先口座	金融機関の称	銀行 農協 信用金庫				支店等の称			本店 支店 出張所			
	口座種別	普通・当座				口座番号			※ゆうちょ銀行の場合は数字です			
	フリガナ											
	口座名義人											

※職員記入欄※

【受給資格証交付】

(市民課・各市民センター・川越駅西口連絡所職員記入欄)

済   
未

【子ども政策課記入欄】

受給者番号 NO.

登録年月日 年 月 日