

記入例

福島市子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届出書

助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する市民税課税状況の閲覧及び加入保険の内容を調査することに同意します。

福島市長

令和6年 12月 2日

住所 福島市 五老内町3番1号

氏名 福島 太郎

(電話 525-3747)

登録申請【 出生 ・ 転入 】

内容変更届出【 加入保険 ・ 受給資格者 ・ 振込口座 ・ 住所 ・ 氏名 】

被保険者の住所が市内にある場合、被保険者が受給資格者です。

フリガナ 氏名 個人番号	性別	1月1日の住所		転入年月日
		今年	昨年	
フリガ 知の 福島 太郎	<u>男</u>	福島市	福島市	令和6・12・1
	女	<u>他市町村</u>	<u>他市町村</u>	

受給資格者と被保険者の住所が福島市になかった場合、「地方税関係情報取得に関する同意書」が必要です。

フリガナ 氏名 個人番号	生年月日	性別	続柄	保険加入年月日
フリガ 桃の 福島 桃子	令和2・2・2	男 <u>女</u>	子	令和6・12・1
フリガ 桃朗 福島 桃朗	令和6・6・6	<u>男</u> 女	子	令和6・12・1
		男 女		

フリガナ 氏名 個人番号	生年月日	勤務先
フリガ 知の 福島 太郎	平成4・4・4	株〇〇製作所 (電話 525-3747)

わかる範囲で記入してください。

加入保険	保険者名	記号・番号
<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(福島)支部	<input type="checkbox"/> 福島市国保	12345678・12345
<input type="checkbox"/> () 健康保険組合	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> () 共済組合	()	

受給資格者名義の口座に限ります通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

振込口座	金融機関名・支店名	口座番号	口座名義人(カナ氏名)
	ももりん <u>銀行</u> 五老内町 <u>店</u> 金庫組合 出張所 農協	(普通) 1234567	フリガ 知の

※受給資格者、子ども、被保険者の個人番号を忘れずに記入してください。