

受給資格者番号						
---------	--	--	--	--	--	--

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 年 月 日

住 所

氏 名

(電 話 )

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 】

受給資格者	フリガナ 氏 名	性別	1月1日の住所		転入年月日
			今年	昨年	
		男	福島市	福島市	令和
		女	他市町村	他市町村	・

子ども	フリガナ 氏 名 (受給資格者番号) ※内容変更届出のみ	生年月日	性別	続柄	保険加入年月日
	(受給資格者番号)	・	女		・
		平成 令和	男		平成 令和
	(受給資格者番号)	・	女		・
		平成 令和	男		平成 令和
	(受給資格者番号)	・	女		・

被保険者	フリガナ 氏 名	生年月日	勤務先
		・	(電話 )

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

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)
	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	(普通)

【備考】

発行済 ・ 訂正済 ・ 郵 送