

登録申請書の記入のしかた

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。

子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届出書

受給資格者番号

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 元年 6月 3日

住所 福島市 五老内町3番1号

氏名 福島 太朗

(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】

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(医療助成関係)」が必要です。
※前頁参照
誰の分が必要かわからない場合はお問い合わせください。

フリガナ氏名	性別	1月1日の住所		転入年月日
		今年	昨年	
フクシマ タロウ	男	福島市	福島市	平成 令和
福島 太朗	女	他市町村	他市町村	元・6・1

フリガナ氏名 (受給資格者番号) ※内容変更届け時のみ	生年月日	性別	続柄	保険加入年月日
フクシマ モモコ	平成 令和 15・8・12	男	子	平成 令和 15・8・12
福島 桃子 (受給資格者番号)		女		
フクシマ ゲンキ	平成 令和 22・6・11	男	子	平成 令和 22・6・11
福島 元気 (受給資格者番号)		女		
フクシマ ソラ	平成 令和 元・5・1	男	子	平成 令和 元・5・1
福島 空 (受給資格者番号)		女		

フリガナ氏名	生年月日	勤務先
フクシマ タロウ	昭和 平成 44・8・8	株式会社 フクシマシ
福島 太朗		(電話 525-3747)

お子さんの名前が入っている保険証をお持ちください。

発行機関	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 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () 共済組合 ()	50000001・12345

受給資格者名義の口座に限ります。
※通帳をお持ちください。
貯蓄預金・セービング口座は登録できません。

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 銀行 金庫組合 農協 本 店 支店 出張所	(普通) 1234567	フクシマ タロウ

この申請により登録された内容に変更が生じた場合は変更の届出が必要になります。

