

四日市市長

下記のとおり子ども医療費受給資格の認定を受けたく申請します。また、この認定に際し、私及び世帯を同一にする世帯員、私の加入する医療保険の被保険者の所得・課税状況、住所要件等の必要事項を四日市市が調査することに同意します。

申請者 (保護者)	ふりがな							住所					
	氏名	(子どもからみた続柄: )							電話 ( )				
	個人番号												
	生年月日	昭和・平成		年	月	日							
子ども	ふりがな							住所	四日市市				
	氏名								電話 ( )	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	個人番号												
	生年月日	平成・令和		年	月	日	性別			男・女			
申請者以外の 保護者	ふりがな							住所					
	氏名	(子どもからみた続柄: )							<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 子どもと同じ				
	個人番号												
	生年月日	昭和・平成		年	月	日							
加入 医療 保険	ふりがな							住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 子どもと同じ				
	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	性別: 男・女							(被保険者が市外在住のとき) 被保険者生年月日	昭・平 年 月 日			
	個人番号												
	<input checked="" type="checkbox"/> ほか、添付の被保険者証のコピーのとおり												
振込口座	銀行	支店		普通	店番号	ふりがな							
	金庫	支所			口座番号	口座名義人							
	農協	出張所											

※届出の際に必要なもの

健康保険被保険者証  
(お子さんの名前が載ったもの)

保護者名義の通帳

同意書 (前年または本年の1月1日に保護者が市外に在住していた場合)

※出生による申請→保険証の交付日から一か月以内  
転入による申請→転入日から一か月以内

四日市市処理欄 (この欄は記入しないでください)

※口座名義人は保護者に限ります。

資格取得日		・児童手当の申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 市外で受給中 <input type="checkbox"/> 公務員	受付印	受付者
住民番号				
受給者番号				
交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送	記入者本人確認		
備考				こども保健福祉課