

記入例

※太枠の中をご記入し、必要書類（下段参照）を添えて申請してください。

事項	受給者番号	附加給付	有	無
----	-------	------	---	---

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

受給者とは制度上、父または母の所得が高い方（もしくは児童を扶養している方）を受給者として設定しますので、所得の高い方の指名、生年月日、個人番号（マイナンバー）、電話番号、住所、職業、勤務先名をご記入ください。

児童が 18 歳到達年度末までの期間の資格登録の申請を、必ず基本台帳・課税台帳等を東松島市の関係職員が閲覧すること、申請更新を希望します。

場合は、この前の文を二重線で消してください。その場合、

別添の添付が必要になります。） 受給者名を記入し、押印してください。

申請(届出)人	申請年月日	年	月	日
フリガナ名 氏	生年月日	年	月	日
個人番号	電話番号			
住所				
職業	勤務先又は会社名			
フリガナ名 氏	生年月日	年	月	日
個人番号				
住所	(受給者と別の場合のみ記入) 対象児童の氏名、生年月日、個人番号（マイナンバー）、住所をご記入ください			

別添写しのとおり

健康保険 保険区分 社会保険(扶) 国民健康保険(被)

記号・番号 番号

保険者番号 保険者名称

被保険者氏名 (受給者と別の場合記入)

受給者名義の金融機関口座に限ります。

振込口座 上記の者の子ども医療費助成（県外受診分）について、下記口座へ振り込みされることを承諾します。

金融機関名	メイギニン カナシメイ	口座番号
銀行 金庫 組合	※受給者氏名と同じ	

添付書類

- 健康保険証の写し（児童の加入保険）
- 金融機関口座通帳（写し）
- 所得証明書（受給者）