

子ども医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）金沢市

申請者（保護者）住 所 金沢市
方 書
氏 名
生年月日
個人番号
号室

医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

対 象 者 (子ども)	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 金沢市 (TEL - -)									
	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日		申請者との続柄	個 人 番 号						
	①	平成 令和 年 月 日									
	②	平成 令和 年 月 日									
	③	平成 令和 年 月 日									
	④	平成 令和 年 月 日									
申請事由	1 出生のため 3 健康保険に新たに参加したため 2 転入のため 4 その他 () 事由発生年月日 年 月 日										
加入健康保険	被 保 険 者 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			対象者との続柄	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	資格取得年月日	① 年 月 日 ③ 年 月 日 ② 年 月 日 ④ 年 月 日			記号・番号						
	保 険 者 の 名 称	・全国健康保険協会 () 支部 ・ () 健康保険組合 ・ () 共済組合 ・ () 国保組合			保険者番号						

上記に関する医療費の助成を保護者に対して支払う場合は、次の口座に振り込んでください。

振込口座 (※)	<input type="checkbox"/>	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	支 店 名	店番			本店 支店 支所	普通 当座
		口座名義人 (カタカナ)	口 座 番 号						
	<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します。							

※該当する□の中にレ印を付けてください。

受 場 付 所	1・森本 2・金石 3・犀川 4・安原 5・額 6・押野 7・浅川 8・新神田 9・泉野 10・元町 11・駅西 12・泉野 HC 13・元町 HC 14・駅西 HC 15・本庁 16・湊 17・本町 18・近江町									
処 理 欄	医 療 証 番 号				口 座	保 険	入 力	郵 便	備 考	
	〈 連 絡 事 項 〉									
番 号	個人 通知 住民 端末	代 理	法定 本人 委任	確認不可	その					
本 人 確 認	個人 免許 手帳 在留 旅券	保険 介護 年金 その他	確認不可	他						