

## 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 健康保険に新たに加入したため 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		記号・番号		
	保険者の名称	② 年 月 日	④ 年 月 日	・全国健康保険協会 ( ) 支部 ・( ) 健康保険組合 ・( ) 共済組合 ・( )	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
	<input type="checkbox"/>	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	その他					
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							