

見本

子ども医療費助成資格認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(宛先) 金沢市

保護者の住所・氏名・生年月日を記入してください。

申請者（保護者）住所 金沢市 広坂1丁目1番1号 101号室

氏名 金沢 太郎
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日
個人番号 (①)

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	☒ 申請者と同じ 金沢市		(TEL 090-1111-2222)	
	ふりがな 氏名	生年月日	申請者との続柄	個人番号	
	① かなざわ いちろう 金沢 一郎	平成 令和 2年 2月 2日	子	※子どもの加入健康保険の確認書類がない、マイナポータルで確認できない場合に個人番号を記入(金沢市が個人番号を利用して確認を行います)あわせて③、④を記入④が不明の場合は勤務先名	
	② かなざわ じろう 金沢 次郎	平成 令和 4年 4月 4日	子		
		平成 令和 年 月 日			
	平成 令和 年 月 日				

加入健康保険について記入してください。

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 令和7年 7月 7日

加入健康保険	被保険者氏名	☒ 申請者と同じ 金沢 花子	③	対象者との続柄	母	住所	☒ 申請者と同じ
	資格取得年月日	① R2年2月2日 ③ 年 月 日 ② R4年4月4日 ④ 年 月 日	記号・番号		〇〇・〇〇〇〇		
	保険者の名称	・全国健康保険協会 (〇〇) 支部 ・ () 健康保険組合 ・ () 共済組合 ④ ・金沢市国保 ・ () 国保組合		保険者番号		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	

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 (※)	☒	金融機関名	〇〇銀行 信用金庫 農業協同組合	支店名	店番 1 2 3	本店 〇〇支店 普通 支所 当座
		口座名義人 (カタカナ)	カナザワ タロウ	口座番号	223344	
	☐	公金受取口座を利用します。				

※ 申請書の中にレ印を付けてください。

申請者（保護者）の口座を記入してください。
公金口座を利用する場合は 上欄右の①保護者の個人番号も記入

付 所	※事務処理欄 記入不要										
処 理 欄	備考										
番											
本人確認	個人	児童	介護	住居	旅券	保険	介護	年金	その他	確認不可	他