

第1号様式(第2条関係)

こども医療費受給資格登録申請書 兼登録台帳						
公費負担者番号	8 1 1 1 0 2 2 3					
受給者番号						
申請者	フリガナ					
	氏名					
	郵便番号	343—				
	住所	越谷市				
	電話	()				
対象となる	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	平成・令和 年 月 日				
資格期間	通院	令和 年 月 日 から 令和 年 3月 31日 まで				
	入院	令和 年 月 日 から 令和 年 3月 31日 まで				
申請日	令和 年 月 日 越谷市長 宛					

加入医療保険	記号		番号	
	保険者番号			
	保険者名称			
振込先金融機関	金融機関名		支店名	
	銀行・農協 信用金庫		支店	
	口座番号(種別・普通)		口座名義人	
			フリガナ	
	児手に同じ・上の子に同じ		氏名	
受付	・	・	受領印	
決定	・	・		
交付	・	・		
附加給付	有・無			
転入年月日	・	・		
職員記入欄	保留	決定		
不足書類 依頼済書類に○	こどもの保険証 その他 ()		口座情報	

※太枠の中だけ記入して下さい。