様式第１号（第３条関係）

受付年月日	交　付　日	申請事由	出生 ・ 転入 ・保護者変更
		事由該当 年 月 日	年　　月　　日
		受給者番号	

こども医療費受給資格登録申請書

年　　月　　日

（宛先）白岡市長

申請者　住所　白岡市
氏名
電話　　（　　）

次のとおり受給資格登録を申請します。また、市長が白岡市こども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年　月　日	
	住所		こどもとの続柄	
	個人番号			
こども	ふりがな		生年月日	
	氏名		年　月　日	
	個人番号			
こどもの婚姻の有無（１８歳以上での新規登録の場合のみ回答）			有 ・ 無	

加入保険	記号・番号	保険者名称	
	記号【　　】 番号【　　】	国民健康保険 国民健康保険組合 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合	
	被保険者等※	支部がある場合　　支部	
	保険者番号	資格取得日又は認定年月日	年　月　日

振込希望金融機関名	銀行 信用金庫 農協　　本・支店	口座名義人カタカナ	
※上記の申請者名義の口座登録	銀行コード　　支店コード	口座番号	
ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載してよいか		はい ・ いいえ	

※国民健康保険の世帯主や被保険者など、保険組合等からの給付を受ける者の名前を記入してください。