

受給資格証 記 号 番 号							
------------------	--	--	--	--	--	--	--

入間市子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(あて先)入間市長

申請者 住 所 入間市
氏 名
電話番号

次のとおり登録申請します。なお、市長が入間市子ども医療費支給事務に必要な事項を
公簿等により確認し、及び健康保険組合等に診療報酬・療養費等の給付状況等を照会す
ることについて同意します。

			転入年月日		年 月 日
受給者	住 所			子 ども と の 続 柄	
	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
子ども	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
加入 保 険	記 号 ・ 番 号	保 険 者			
		国 民 健 康 保 険 組 合 健 康 保 険 組 合 共 済 組 合 全国健康保険協会 支 部			
	保 険 者 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ますか。					○ ×

子ども医療費の助成金の振込先は次のとおりです。

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 ゆうちょ銀行 支店		
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			
市 使 用 欄	受 付	決 定		
	交 付			