

様式第1号 (第2条関係)

こども医療費受給資格証交付申請書

受給者番号			
受給資格者	氏名		受給対象児との続柄
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	個人番号		
受給対象児	フリガナ氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	個人番号		
加入医療保険	保険種別	国保・社保・共済・他国	
	被保険者氏名		
	保険記号番号	記号	番号
	保険者の名称		
	認定日	年 月 日 (受給対象児の認定日を記入してください)	
	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。			はい・いいえ
<p>上記のとおり受給資格証の交付を申請します。また、市長がふじみ野市こども医療費の支給に関する条例施行規則に基づく交付申請及び支給の事務を行うため、必要な範囲で公簿の確認及び個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>ふじみ野市長 宛て</p> <p style="text-align: right;">受給資格者氏名 電話番号 ()</p>			
金融機関名		金融機関コード	
本店・支店・出張所名		店番	
預貯金種目	1 普通・2 当座	口座番号	
口座名義人 (カタカナで御記入ください)			

備考 太線の中を御記入ください。