

記入例

申請者(保護者)	住所	佐賀市栄町1番1号	電話番号 080-0123-XXXX
	氏名	サガ イチロウ 佐賀 一郎	

口座名義人と同一の方のお名前を記入してください。

次のとおり、子どもの医療費受給資格証の交付を申請します。

フリガナ	氏名	生年月日	申請者との続柄	保険加入日	資格取得日	
					資格取得事由	受給者番号
サガ イチロウ	佐賀 栄太郎	平成・令和 28年4月1日	子	平成・令和 28年4月1日	出生・転入・その他	令和 年 月 日
サガ ミコ	佐賀 宮子	平成・令和 3年5月1日	子	平成・令和 3年5月1日	出生・転入・その他	令和 年 月 日

《出生の方》お生まれになったお子さまの氏名を記入してください。
《転入等の方》お子さまの氏名を記入してください。

上の枠にお子さまの健康保険への「加入年月日」について記入してください。
下の枠は、マイナ保険証を利用して申請する方のみ個人番号を記入してください。
(資格確認書等の医療保険情報がわかるものを添付する場合は、下の枠は記入不要です)

記号・番号	記号	123	番号	4567
被保険者氏名	佐賀 一郎 (申請者との続柄: 本人)			
保険者名称	① 全国健康保険協会・肥前支部		保険者番号	01413456
振込先	銀行	本店	店番	口座番号
	鍋島	支店	123	1234567
		出張所	フリガナ	サガ イチロウ
		支所	名義人	佐賀 一郎

お子さまの資格確認書等を見ながら記入してください。
(マイナ保険証をご利用の場合、マイナポータル等を見て記入してください)

振込先は、一番上の欄に記入した申請者名と同じ名義の口座を記入してください。

同意書

助成額の決定に際して、住民税課税台帳を閲覧すること及び保険者に加入状況、高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。

(あて先)佐賀市長

氏名

佐賀 一郎

※同意書は、子どもが加入している医療保険の被保険者(国保は世帯主)が署名してください。

(注)太線 — の内側を記入

健康保険証の被保険者(国保の場合は世帯主)の方のお名前を記入してください。

処理欄							
交付年月日	令和 年 月 日		本人確認		受付		
備考	□資格証郵送要	入力	確認		児手	済・保留・未	