

申請者（保護者）	住所	佐賀市栄町1番1号		記入例
	氏名	サガ イチロウ	電話番号	

口座名義人と同一の方のお名前を記入してください。

次のとおり変更があったので届けます。

子ども	受給者番号	フリガナ 氏 名	生年月日	申請者との続柄	保険変更年月日
		1234567	サガ イチロウ 佐賀 栄太郎	平成・令和 25年4月9日	子
	2345678	サガ ミヨ 佐賀 官子	平成・令和 27年6月10日	子	平成・令和 30年4月1日 2345 6789 0123

お子さまの氏名及び受給者番号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)

加入 子どもの 医療保	記号・番号	記号	234	番号	5678
	被保険者氏名	佐賀 一郎 (申請者との続柄: 本人)			
元(指定 以外受診等)	① 全国健康保険協会・肥前支部 ② 佐賀市国民健康保険組合	健保組合 共済組合 国保組合	保険者 番号	1234567	
	関 名	店 番	口 座 番 号		
鍋島	本店 支店 支所	5 0 0	1 2 3 4 5 6 7		
	農協 金庫 組合	フリガナ	サガ イチロウ		
	佐賀	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、保険者名称のみ記入してください)

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。

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。

(宛先)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。

処理欄			健康保険の加入代表者となる方 ・健康保険の場合：被保険者 ・共済組合の場合：組合員 ・市国保の場合：世帯主 が署名してください。	受付	
修正入力日	令和 年 月			確認	
備考			同居・別居の別		
本人確認	代理人確認		同	別	