

申請者(保護者)	住所				
	氏名			電話番号	— —

次のとおり、子どもの医療費受給資格証の再交付を申請します。

子ども	フリガナ	生年月日	申請者との続柄	保険加入年月日	資格取得日
	氏名			平成・令和 年 月 日	個人番号
		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 出生・転入・その他
		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 出生・転入・その他
		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 出生・転入・その他
		平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 出生・転入・その他

子どもの加入医療保険	記号・番号	記号	番号	
	被保険者氏名	(申請者との続柄：本人・)		
	保険者名称	1 全国健康保険協会・ 支部 2 佐賀市(国民健康保険組合) 3 健保組合 共済組合 国保組合	保険者番号	

振込先	金融機関名	店番	口座番号
	銀行 本店 農協 支店 金庫 出張所 組合 支所	フリガナ 名義人	

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。

(宛先)佐賀市長 氏名

※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 〰 の内側を記入してください。

処理欄				
再交付年月日	令和 年 月 日	窓口・郵送	再交付事由	紛失・氏変更・その他()
備考	<input type="checkbox"/> 資格証郵送要	受付	入力	確認

本人確認	代理人確認	代理人氏名	続柄	同居・別居の別
				同・別