

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

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。

子ども	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
	カガ エイトウ	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	令和 年 月 日	出生・転入・その他
	カガ ミコ	佐賀 宮子	平成・令和 5年3月1日	子	平成・令和 5年3月1日	令和 年 月 日	出生・転入・その他
						平成 年 月 日	令和 年 月 日

再交付が必要なお子さまについて記入してください。

提出時には必ず子どもの医療保険情報がわかるものをご提出ください。

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)

子どもの加入医療保険	記号・番号	1 2 3 4 5 6 7
	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 ② 佐賀市(国民健康保険組合)

再交付と同時に振込先を変更する場合のみご記入ください

振込先	金融機関名	店番号	口座番号
	鍋島 銀行 農協 佐賀 金庫	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7
	本店 支店 出張所 支所	フリガナ	名義人
		サガ イチロウ	佐賀 一郎

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 \_\_\_\_\_ 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。	交付事由	紛失・氏変更・その他( )
備考	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