

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交付を申請します。

※文字が消せるタイプのボールペン等
は使用しないでください

子ども	フリガナ	生年月日	申請者との続柄	保険加入日	資格取得日
	氏名	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	資格取得事由
					受給者番号
					令和 年 月 日
					出生・転入・その他
					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。

(あて先)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				
交付年月日	令和 年 月 日	窓口・郵送	本人確認	受付
備考	<input type="checkbox"/> 資格証郵送要	入力	確認	児手 済・保留・未