

四日市市長

下記のとおり子ども医療費受給資格の認定を受けたく申請します。また、この認定に際し、私及び世帯を同一にする世帯員、私の加入する医療保険の被保険者の所得・課税状況、住所要件等の必要事項を四日市市が調査することに同意します。

申請者 (保護者)	ふりがな					住所 四日市市 電話:	被保険者に <input checked="" type="checkbox"/>		
	氏名	(子どもからみた続柄:)					<input type="checkbox"/>		
	個人番号								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日				
子ども	ふりがな					住所	<input type="checkbox"/>		
	氏名								
	個人番号								
	生年月日	平成・令和	年	月	日			性別	男・女
申請者以外の 保護者	ふりがな					住所	<input type="checkbox"/>		
	氏名	(子どもからみた続柄:)							
	個人番号								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日			電話:	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 子どもと同じ
加入 医療 保険	<input type="checkbox"/> 添付の被保険者証(または資格確認書)のコピーのとおり					被 保 険 者	上記以外の方が被保険者の場合、記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する						ふりがな		
	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険(社保)					氏名	(子どもからみた続柄:)	
		<input type="checkbox"/> 共済組合(公務員など) <input type="checkbox"/> その他					生年月日	昭和・平成	年 月 日
振込口座	銀行	支店	普通	店番号	ふりがな				
	金庫	支所	出張所	口座番号	口座名義人				
		農協							

※届出の際に必要なもの

健康保険被保険者証または資格確認書

(お子さんの名前が載ったもの)

保護者名義の通帳

同意書(前年または本年の1月1日に保護者が市外に在住していた場合)

※出生による申請→出生日から一か月以内

転入による申請→転入日から一か月以内

四日市市処理欄(この欄は記入しないでください)

※口座名義人は保護者に限ります。

資格取得日			・児童手当の申請 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 市外で受給中 <input type="checkbox"/> 公務員	受付印	受付者
住民番号					
受給者番号					
交付区分	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送	記入者本人確認			
備考					こども保健福祉課