(表)

記入例		子ども医療費給付金受給資格者登録申請書				
湧水町長		様				
		令和〇年〇月〇日				
		申請者 住所 湧水町木場222				
		氏名 湧水 太郎				
湧水町子ども医療費給付金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。 なお、湧水町子ども医療費給付金受給資格登録や給付金決定に当たり、私及び私の世帯員の個人町・県民税の 税務資料等を閲覧することに同意します。 また、子ども医療費給付金の支給を受けるために必要な下記子どもの受診に関する情報を医療機関等が鹿児島 県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部に送付することに同意します。						
子ども	氏名	生年月日	住所	性別	監護者との続柄	
	1 湧水 一郎	H19・9・13	同上	男・女	子	
	2 湧水 花子	H20・10・14	同上	男・女	子	
	3	・		男・女		
	4	・		男・女		
5	・		男・女			
監護者	氏名	湧水 太郎	住所	湧水町木場222	電話	090-1234-5678
子どもに係る医療保険	保険の種類	政 組 日 船 共 国				
	被保険者	記号	1 2 3 4 5 6	番号	7 8 9	
	被保険者	氏名	湧水 太郎		性別	男・女
		生年月日	平成5年2月2日		子どもとの続柄	父
住所		同上				
	資格取得年月日	令和4年4月1日				
保険者	所在地	湧水町木場222				
	名称	全国健康保険協会 湧水支部				
	付加給付有無	有 無	給付割合			
受領希望 金融機関	名称	あいら	銀行・信金 信組・農協	預金種別	普通預金	
				口座番号	0123456	
		栗野	支店 支所	口座名義人 (フリガナ)	湧水 太郎 ユウスイ タロウ	

(裏面に続く)

子どもの保険証(マイナポータル等)で確認する場合

①	健康保険	家族	
	被保険者証		令和○年○月○日交付
	記号 ○○○	番号 ○○○○	
	氏名	○○ ○○	
	生年月日	年 月 日	性別 ○
	資格取得年月日	年 月 日	
	被保険者氏名	○○ ○○	
	事業所名	株式会社 ○○○○	
	保険者番号	□□□□□□□□	
	保険者名称	○○○○保険協会 ○○○○	
④	保険者所在地	○○○○○○○○○○○○○○○○○○	

②

③

添付書類(提出)

子どもの保険証(写し)又はマイナポータルの資格情報を確認できる書類(写し)
預金通帳(保護者名義の普通預金通帳)