

□資格確認書 □資格情報のお知らせ □マイナ端末 □マイナポータル
様式第1号（第2条関係） ※太枠内のみ記入してください。

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

記入例

薩摩川内市長 田中 良二 様

申請者 氏 名 川内 太郎
(保護者等)

薩摩川内市子ども医療費給付の受給資格者の登録を申請します。
なお、この登録や給付の決定に当たり、市長が私の世帯の住民基本台帳、
税務資料、健康保険の加入状況の公簿等を閲覧することに同意します。
また、子ども医療費給付を受けるために必要な下記の子どもの受給
資格者情報提供に同意します。

添付書類

- 保護者名義の振込先口座のわかるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し
 - 子どもの資格確認書等（※）の写し
- ※健康保険証、保険者から送付される「資格情報のお知らせ」、
「資格確認書」またはマイナポータルの健康保険資格確認情報画面 など

子 ども	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	生年月日	平成・令和	
	フリガナ	センダイ ハナコ		1 年 4 月 1 日	
	氏 名	川内 花子			
対 象 者 ※給付を受けようとする者 (保護者等)	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7	生年月日	昭和・平成	
	フリガナ	センダイ タロウ	続 柄	父・母・()	
	氏 名	川内 太郎	電話番号	0996 - 23 - 5111	
	住 所	薩摩川内市 神田町3番22号			
加入医療保険	(記号)	1 2 3	(番号)	4 5 6 7 8 9	
	☒ 対象者に同じ ※□にチェックした場合は、被保険者等の欄に記入する必要はありません。				
	被保険者等	個人番号		生年月日	昭和・平成
		フリガナ			年 月 日
		氏 名		続 柄	父・母・()
		住 所	現在： 1 月 1 日 時点： 前年 1 月 1 日 時点： (1月から7月の間に転入の場合)		
	子どもの資格取得年月日	平成・令和 1 年 4 月 1 日			
	保険者	番 号	4 6 0 1 5 4		
		名 称	薩摩川内市		
	振込先金融機関	※登録済の子どもがいる場合は、記入する必要はありません。			
名 称		せんだい 銀行 かんた 支店	預金種別	普通・当座	
口座名義人		センダイ タロウ		口座番号	1 2 3 4 5 6 7

子どもの医療保険の内容を記入してください。対象者と被保険者が同一の場合は、☒を入れてください。

対象者と被保険者が異なる場合は、氏名・住所等を記入してください。

振込を希望する口座内容を記入してください。
※県外受診や、受給資格者証未提示の場合など、一部負担金をお支払い後に申請する際に、振込口座が必要です。

(これから下は記入しないでください。)

世帯員の市町村民税の課税の有無	当該年度（8月～3月申請）	前年度（4月～7月申請）
	有 ・ 無	有 ・ 無
交付事由	出生・転入・その他（ ）	
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
受給資格番号		