

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

年　月　日

垂水市長 殿

申請者 住 所

氏 名

垂水市子ども医療費給付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、垂水市子ども医療費給付受給資格者登録に当たり、私の世帯及び扶養義務者の地方税関係情報並びに対象者の加入医療保険情報（個人番号を利用した情報連携を含む。）について、垂水市が取得し、又は確認することに同意します。

また、子ども医療費給付金の支給の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	医療保険取得年月日		
	1	・・		男・女		・・・		
	2	・・		男・女		・・・		
	3	・・		男・女		・・・		
	4	・・		男・女		・・・		
	5	・・		男・女		・・・		
監護者	氏名	住所	電話					
世 帶 員	氏 名	監護者との続柄	本年又は前年1月1日時点の住所（垂水市以外に住所があった場合に記入）		個人番号（本年又は前年1月1日時点に垂水市以外に住所があった場合に記入）			
	1	本人						
	2							
	3							
	4							
子 ど も 医 療 に 保 険 係 る	保険の種類		政 組 日 船 共 国					
	被保険者		記号		番号			
	被保険者	氏名			性別	男	・	女
		生年月日			子どもとの続柄			
保険者	保険者番号		名称					
	附加給付有無		有・無	給付割合				
支 金 払 融 希 望 機 関	(該当があればチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 登録済みの子どもと同じ口座とする							
	名称	銀行・信金 信組・農協		預金種別	普・當			
		支店 支所		口座名義人 (フリガナ)				
※ お い て 記 入 す る 欄 は 市 に	決 裁	課長	補佐	係長	係		決裁	年　月　日
							交付	年　月　日
							開始	年　月　日