こども医療費受給資格者証交付申請書

こども	フリガナ 氏　名	
	生年月日	平成　　年　　月　　日
	住　所	〒　　－　　宇都宮市 電話（　　）

フリガナ 保護者氏名		こども との続柄	

加入保険	フリガナ 被保険者氏名		
	記号番号	記号	番号
	資格取得日	平成　　年　　月　　日	
	保険者番号		
	保険者名称	宇　都　宮　市 社会保険事務所　　共済組合 全国健康保険協会　　支部　　健康保険組合	

口座	振込先 銀行名	銀行 金庫 農協			支店名	店				
					支店番号					
	口座番号	普通・当座	番　号							
	フリガナ 口座名義									

備　考	平成　　年　　月　　日　　市・町・村から転入

上記のとおり関係書類を添えて，申請いたします。

平成　　年　　月　　日

申請者氏名　　印

（あて先）宇　都　宮　市　長

（別　表）

同　意　書

宇都宮市医療助成に関する条例に基づく申請内容の審査のため，私は，私の世帯員に一任され，宇都宮市が実施する私が加入する健康保険被保険者の課税状況と健康保険加入状況（被扶養者の加入状況を含む）の調査をすることに同意します。

（あて先）　宇都宮市長

平成　　年　　月　　日

住　所　　宇都宮市

氏　名　　印

提出先

〒３２０―８５４０

宇都宮市旭１丁目１番５号
宇都宮市　　子ども部　子ども家庭課

TEL６３２－２２９６

記　載　例

こども医療費受給資格者証交付申請書

こども	フリガナ 氏　名	ウツノミヤ　イチロウ 宇都宮　一郎			
	生年月日	平成　22　年　4　月　1　日			
	住　所	〒321－8540　宇都宮市旭1－1－5 電話（632）2222			
フリガナ 保護者氏名		ウツノミヤ　タロウ 宇都宮　太郎	こども との続柄	父	
加入保険	フリガナ 被保険者氏名	ウツノミヤ　タロウ 宇都宮　太郎			
	記号番号	記号　123	番号　4567		
	資格取得日	平成　22　年　1　月　1　日			
	保険者番号	090019			
	保険者名称	(宇　都　宮　市) 社会保険事務所 全国健康保険協会　　支部	共済組合 健康保険組合		
口座	振込先 銀行名	宇都宮　銀行 金庫 農協	支店名	旭　店	
			支店番号	123	
	口座番号	(普通)・当座	番　号	6 3 2 2 2 9 6	
	フリガナ 口座名義	ウツノミヤ　タロウ 宇都宮　太郎			
備　考		平成　　年　　月　　日　　市・町・村から転入			

上記のとおり関係書類を添えて，申請いたします。

平成22年　4月　1日

申請者氏名　宇都宮　太郎　印

（あて先）宇　都　宮　市　長

※　裏面同意書の署名もお願いいたします。

記　載　例

（別　表）

同　意　書

宇都宮市医療助成に関する条例に基づく申請内容の審査のため，私は，私の世帯員に一任され，宇都宮市が実施する私が加入する健康保険被保険者の課税状況と健康保険加入状況（被扶養者の加入状況を含む）の調査をすることに同意します。

（あて先）宇都宮市長

平成　２２年　４月　１日

住　所　宇都宮市旭１－１－５

氏　名　宇都宮　太郎　（宇都宮）

提出先

〒３２０－８５４０

宇都宮市旭１丁目１番５号

宇都宮市　子ども部　子ども家庭課

TEL６３２－２２９６