

# こども医療費受給資格者証交付申請書

本人(こども)	フリガナ	ウツノミヤ タロウ							
	氏名	宇都宮 太郎							
	生年月日	平成・令和 3 年 4 月 1 日							
	住所	宇都宮市 旭1-1-5							
加入保険	被保険者氏名	宇都宮 一郎							
	お子様の保険証の情報をご記入ください。 ※保険加入の手続き中等などで、保険証がお手元にない場合は、加入予定の保険情報で代替可能です。	記号	123			番号	456789		
			平成・令和 31 年 1 月 1 日						
			987654						
	<input checked="" type="checkbox"/> 宇都宮市(国民健康保険)								
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	本人(こども)の口座でも、保護者の口座でも申請可能です。							
	<input type="checkbox"/>								
振込口座	銀行名	ミヤリー銀行							
	支店名	宇都宮支店		支店番号	1 0 0				
	口座番号(普通口座)	3	8	3	8	3	8	0	
	口座名義(カタカナ)	ウツノミヤ イチロウ							
届出事由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生								
	<input type="checkbox"/> 転入:令和 年 月 日	市・区・町・村から転入							
	<input type="checkbox"/> 保険加入(生活保護廃止)								
宇都宮市医療費助成に関する条例に基づく審査のため、私は、私の世帯員に一任され、宇都宮市が実施する健康保険被保険者の課税状況(所得区分の確認)と健康保険加入状況(被保険者の被扶養者の加入状況を含む)の調査に同意し、上記のとおり申請します。									
(あて先) 宇都宮市長				令和 5 年 5 月 5 日					
申請者住所				宇都宮市 旭1-1-5					
申請者氏名				宇都宮 一郎					
電 話				0 2 8 ( 6 3 2 ) 2 2 9 6					

## 事務処理欄

受付者	交付者	確認者

受給者番号記入欄(交付者が記入してください)

--

提出先: 子ども政策課・各地区市民センター・出張所  
連絡先: 子ども政策課 TEL 028-632-2296