

# 記入例

様式第1号（第3条関係）

## 子ども医療費受給資格登録申請書（兼受給者台帳）

令和 1 年 5 月 1 日

小川町長

宛て

住所 小川町 大字角山133

氏名 小川 太郎

電話 0493（81）6181

下記のとおり受給資格登録申請をします。

受給資格者	フリガナ	オガワ タロウ		性別	生 年 月 日						
	氏 名	小川 太郎		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	昭和 平成	55年 5月 5日					
	住 所	小川町 大字角山133		対象児との 続柄	父						
フリガナ	オガワ ハナコ		性別	生 年 月 日							
対象児氏名	小川 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	30年 3月 3日						
加入 保険	国保	記号・番号	保険者名・番号	所 在 地	附 加 給 付						
	社保 <input checked="" type="radio"/>	1234	〇〇健康保険組合			有・無	内 容				
		567	9876543		平成30年 3月28日～						
振込口座（受給資格者名義のもの）											
金融機関	小川		銀行 信用金庫 農 協	おがわ 支 店							
金融機関番号	店 番 号		預金種	口 座 番 号							
	1	2	3	普通	4	5	6	7	8	9	0
名義人（カナ）	オカ		ワ	タ		ロウ					
ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載しますか				<input checked="" type="radio"/> はい		<input type="radio"/> いいえ					
登録事由	出生・転入・生保廃止・ 受給者変更 その他（ ）		処 理 欄	交付年月日	令和	年	月	日			
				受給資格証番号							

資格取得日と被保険者を  
記入してください

口座は受給者名義のもの  
をご記入ください。  
※子どもや配偶者の口座  
にはお振込みできません。