

こども医療費受給資格 登録申請書

お子さんの情報を記載してください

<受給資格証が必要な方> (お子さん)

フリガナ	タカオカ トシナガ	生年月日	○年○月○日
氏名	高岡 利長	個人番号	
住所	高岡市広小路 7-50	現行の保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータル画面のどれかでお子さんの保険証情報を確認できない場合にのみ記載いただきます。	

加入医療保険	記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	お子さんの保険証情報がわかるもの（現行の保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータル画面のどれか）を見ながら記載してください。
	資格取得年月日	○年○月○日	
	被保険者名	高岡 家持	
	保険者名	〇〇〇健康保険組合	

<申請者> (保護者)

保護者(父か母)の情報を記載してください

高岡市長 様 (申請日) ○年○月○日

上記のとおり、こども医療費受給資格証の交付について関係書類を添えて申請します。受給資格認定のために必要があるときは、公簿等を確認することに同意します。

フリガナ	タカオカ ヤカモチ	生年月日	○年○月○日
氏名	署名 高岡 家持	個人番号	
		電話番号	070-1234-567
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格証が必要な方と同じ (記入不要)		続柄 父

保護者が高岡市に住民登録がない場合にのみ記載いただきます。

高岡市使用欄

申請事由	添付書類		文相印田	
・出生 ・転入 () ・その他	<input type="checkbox"/> 保険証写し () <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他 ()			
チェック	受付	入力	交付 ()	照合
<input type="checkbox"/> 妊 No. <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 児手保留				