

子ども医療費受給資格者証交付申請書

本人 (子ども)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	平成・令和	年	月 日
	住所	宇都宮市		
加入 保険	被保険者氏名			
	記号番号	記号	番号	
	資格取得日	平成・令和	年	月 日
	保険者番号			
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 宇都宮市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合		
振込 口座	金融機関名			
	支店名		支店番号	
	口座番号 (普通口座)			
	口座名義(カタカナ)			
届出事由	<input 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)			
<p>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。</p>				
<p>(あて先) 宇都宮市長 令和 年 月 日</p> <p>申請者住所 宇都宮市 _____</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>電 話 () _____</p>				

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 028-632-2387