

## 記入例

## こども医療費助成金受給資格認定申請書

令和4年7月1日

北谷町長 様

申請者 住所 北谷町字桑江731番地  
氏名 北谷 太郎  
電話 098-936-4336

## 【記入時の注意事項】

- A 対象こども：対象のこどもの情報を記入  
B 加入保険：対象のこどもが加入する健康保険の情報を記入（保険証の写しと内容を確認）  
C 被保険者：国民健康保険は「世帯主」、社会保険は「被保険者」を記入すること  
※ 氏名、個人番号、住所、生年月日、続柄を必ず記入すること  
D 振込口座：普通口座で保護者の名義であること（通帳の写しと内容を確認）

A 対象こども	フリガナ	チャタン ハナコ	個人番号	12345678910		
	氏名	北谷 花子	住所	北谷町字桑江731番地		
	生年月日	令和4年10月1日				
B 加入医療保険	保険種別	社会保険	記号	123	番号	123456
	保険者名称	協会けんぽ 沖縄支部		保険者番号	01470012	
C 被保険者	フリガナ	チャタン タロウ	個人番号	12345678910		
	氏名	北谷 太郎	住所	北谷町字桑江731番地 別住所の場合は必ず記入すること！		
	生年月日	昭和10年10月1日	対象こどもの続柄	父		

D 振込口座	金融機関名	北谷銀行	本店支店名	ちーたん支店
	口座番号	普通 1234567	フリガナ	チャタン タロウ
			口座名義人	北谷 太郎

受給資格者番号	記入しない		交付年月日	記入しない	
受給資格有効期間	開始日	記入しない	開始理由 由	1	出生
	入院	記入しない		2	転入 ( )
	外来	記入しない		3	生保廃止 ( )
			4	その他	
備考					

※添付書類：①対象こどもの健康保険証の写し ②助成対象者名義の通帳の写し  
(助成対象者とは保護者のことです)