|  |  |
| --- | --- |
| 様式第１号（第２条関係） | 受給者番号 |
|  |
| こども医療費受給資格登録申請書日光市長 様 　　　　 　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 助成対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| こ　ど　もとの続柄 | □父　□母　□その他（　　　　） | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先 | 日中連絡のつきやすい電話番号　　　　　　　－　　　　　－　　　　　　□父　□母　□その他（　　　　　　　） |
| こども | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | H・R　　年 　 月　　日生　 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | □助成対象者と同じ　□日光市 |
| ※出生での登録または転入時に生後１か月以内のお子さんがいる方はご記入ください。 |
| こどもの母　　親 | 氏名生年月日　S・H　　年　　月　　日 | 妊娠中の妊産婦医療費の登録 |
| 登録あり・登録なし |
| 加入保険 | 記　号番　号 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 付加給付 |
|  | 保険者名称 | □日光市国民健康保険□全国健康保険協会　　　　　　　　支部□　　　　　　　　　健康保険組合・共済組合□ | 有無 |
| 被保険者氏　　名 | □助成対象者と同じ□助成対象者以外（　　　　　　　　） |
| 資格取得年月日 | 　　　年　　　月　　日 | 所在地 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給期間 | 小学生以下（現物給付） | 　　年　　月　　日から　　 年 ３月　末日まで　※在留期間満了日（　　　　年　　月　　日） | 交付 |
| □ |
| 中学生以上 | 　　年　　月　　日から　　 年　３月　末日まで※在留期間満了日（　　　　年　　月　　日） | 交付 |
| □ |
| 取得事由 | 出生　・　転入（　　　年　　月　　日）その他（　　　　　　　　　　　　） | 交付年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日窓口（　　　　　　　　）　郵送 |

2025.1