

子ども医療助成金 記入例

子ども医療費助成金支給申込書

千 歳 市 長 様

平成 30 年 8 月 〇 日

申込者 住 所 千歳市東雲町2丁目34番地

氏 名 千 歳 太 郎

電話番号 0123-24-0289

受給者との続柄 (父・母・祖父母・)

個人番号

子ども医療費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申し込みます。

申 込 内 容	受給者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	健康保険証 記号番号	21700023 - 21
	個 人 番 号			
	氏 名	千 歳 花 子	生年月日	平成 29 年 3 月 24 日
	フリガナ	チトセ タロウ	預金種目	普通・当座・()
振 込 先	口座名義人	千 歳 太 郎	金融機関	ゆうちょ 198
	店 番 号	口 座 番 号	本店 支店 1 9 8 0 1 2 3 4 5 6	

決 裁	課 長	係 長	係	決定年月日	平成 年 月 日
決	1 上記申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。				
	2 次の理由により、上記申込みを不承諾とする。(理由)				

① 振込先の口座名義人と同じ保護者の住所、氏名、電話番号を記入し、受給者との続柄に〇をつけます。

② お子さんの受給者証に記載されている『受給者番号』と、健康保険証に記載されている『記号・番号』を記入します。

ここに記載されています。

健康保険 家族(被保険者) 01111
平成26年6月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子
生年月日 昭和 18年 10月 1日
性別 女
認定年月日 平成 26年 6月 1日
被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 〇〇 株式会社
保険者番号 〇1101100116
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇-〇

子ども医療費受給者証

受給者番号 92010248

住 所

氏 名

生年月日 平成 年 月 日

有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

発行機関名 北海道 千歳市長

交付年月日 平成 年 月 日

③ お子さんの氏名、生年月日を記入します。

④ 振込先口座の口座名義人、預金種目、金融機関、店番号、口座番号を記入します。

株式会社 ゆうちょ銀行

通常貯金ご利用の上限額 10,000,000円

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください

【店名】一九八(読み イチキユウハチ)

【店番】198【預金種目】普通預金【口座番号】0123456

ゆうちょ銀行の方は、通帳の表紙を一枚めくったページの下段に記載されている、店番と口座番号を記入してください。