

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

鹿児島県南九州市長 殿

申請者 住所
氏名

南九州市子ども医療費給付受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。
なお、南九州市子ども医療費給付受給資格者登録や給付金決定に当たり、私及び私の世帯員の個人市（町村）・県民税の税務資料等を閲覧することに同意します。
また、子ども医療費給付金の支給のために必要な下記子どもの受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部に送付することに同意します。

子 ど も	氏 名		生 年 月 日		住 所		性 別		監護者 との続柄		
	1						男 ・ 女				
	2										
	3										
	4										
	5										
監 護 者	氏 名		住 所			個 人 番 号			電 話 番 号		
子 ど も に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 種 類			政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 協							
	被 保 険 者 証			記号			番号				
	被 保 険 者	氏 名						性 別	男 ・ 女		
		生 年 月 日						子 ども との続柄			
		住 所									
		資格取得年月日									
保 険 者	所 在 地										
	名 称										
	附 加 給 付 有 無		有 無		給 付 割 合						
支 金 払 融 希 機 望 関	名 称	銀行・信金		預金種別							
		信組・農協		口座番号							
		支店 支所		口座名義人 (フリガナ)							
(該当があればチェックを入れてください) 市町村民税非課税世帯と確認された場合、医療機関等の窓口で支払がなくなる 「子ども医療給付受給資格者証」の交付を ☐ 希望しない											

注：記名押印に代えて署名することができます。

課長	係長	係

令和 年 月 日

申請書・届出書を受領し、受給資格者証を交付して宜しいかお伺いします。