

記入不要	受給資格	登録年月日	年 月 日	受給者	記号番号	三春町一子一
		登録事由	出生 転入 その他		保険種別	協会けんぽ 組合 船員 国組 共済
		交付方法			窓口 ・ 郵送 ( / )	

## 子育て支援医療費受給資格登録申請書

下記のとおり、子育て支援医療費受給資格の登録を申請します。  
 なお、受給資格認定のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

年 月 日

三春町長 様

住所 三春町

申請者  
 (被保険者) 氏名

印

申請者記入欄	(被保険者)	ふりがな氏名		続柄		電話		
		住所	三春町					
		職業		個人番号				
	子ども	ふりがな氏名		男 女		生年月日		年 月 日
		住所	三春町					
	加入保険	保険者名		保険者番号				
		被保険者名		記号番号	—			
		事業所名						
		所在地						
	口座登録	振込先金融機関名・支店名		口座種類・番号	口座名義			
銀行 農協 信用組合		支店	普通・総合・当座 番号	フリガナ 氏名				
1月1日時点の被保険者の住所 ①三春町 ・ ②他市町村 ※②他市町村の方で、お子さんが小学校入学前の場合、所得証明書の添付が必要となります。								

添付書類

- 子どもの健康保険証の写し
- 口座登録金融機関通帳の写し
- 所得証明書 (※②の場合は、添付)