

記入例

アミカケの部分は必須です。
電話番号は、連絡がとれる
番号（携帯など）を記入し
てください。

様式第1号(第2条関係)

受付		認定 交付	
----	--	----------	--

HO 年 O 月 O 日

(あて先)合志市長

子ども医療費受給者証交付申請書

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	受給者番号	
	コウシ コイチロウ			
	合志 子一郎	H00年 00月 00日		
	コウシ コジロウ			
	合志 子二郎	H00年 00月 00日		
	コウシ コサブロウ			
	合志 子三郎	H00年 00月 00日		
加入 保険	記号・番号	0000・△△△△	被保険者 氏名	
	保険者番号	■■■■■■■■■■(8ケタの数字)		合志 親太郎
	保険者名称	×××健康保険組合	続柄	父
※主として生計を維持する親権者を記入してください				
フリガナ	コウシ オヤタロウ	生年月日	S00年 00月 00日	
受給者氏名	合志 親太郎 (印) (※本人署名の場合は押印不)	続柄	父	
		電話番号	090-1234-5678	
住所	合志市△△ 00番地00 ××アパート 101号			
※医療費の振込先を記入してください				
振込希望 金融機関	0000	銀行 農協	△△△△ 支店 支所	
	口座番号	普通・貯蓄・当座	■■■■■■■■■■(7ケタの数字)	
	口座名義人カナ	コウシ オヤタロウ		
ゆうちょ銀行	記号	■ ■ ■ ■ ■	番号	● ● ● ● ● ● ● 1
	普通・貯蓄・その他	口座名義人カナ	コウシ オヤタロウ	

口座どちら
か一つ記入

すでに登録がある場合は、同じ口座となるため
記入不要です。
(兄弟で別々の口座にはできません。)