

# 記入例

子ども医療費受給資格登録(更新)申請書

年	月	日	記入日
---	---	---	-----

石巻市長(あて)

申請者 (受給者)	住所 氏名	保護者の住所・氏名
--------------	----------	-----------

子 ど も	(フリガナ)		性 別		
	氏 名	子どもの氏名	生年月日	子どもの 性別・生年月日	
	住 所	保護者と同じ場合は同上で可	電話番号	保護者の連絡先	
(保 給 護 者 者)	(フリガナ)		性 別		
	氏 名	保護者の氏名	生年月日	保護者の 性別・生年月日	
	住 所	同上で可	子どもとの続柄	父、母等	
	勤 務 先	勤務先の名称。又は自営、無職等	勤務先電話番号	勤務の場合記入	
加 入 保 険	被 保 険 者	氏 名	社保は被保険者(組合員)、国保は世帯主		
		記 号 番 号	記号	番号	
	保 険 者	名 称	国 保	※国保の場合 石巻市と記入	
			社 保	※社保の場合 全国健康保険協会〇〇支部、 〇〇健保組合、〇〇共済組合等	
	コ ー ド	保険証下部に記載の保険者番号			

上記のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録(更新登録)を申請します。  
 なお、以後の更新時において、市が保有する公簿等により、所得状況を確認することに

<input checked="" type="checkbox"/>	同意します。
<input type="checkbox"/>	同意しません。
いずれかにチェック	

申請者 (受給者)	住所	保護者の方の住所、氏名
	氏名	

【注】 □欄は該当するものにレ印を記入してください。また、同意する場合は、署名してください。

なお、同意の効力は受給資格の喪失をもって消滅します。

※ 同意した方は、毎年度更新の登録申請は必要ありません。同意しない方は、毎年度更新の登録申請が必要となります。