

【記入例】

八戸市子ども医療費受給資格認定申請書（兼同意書）

（あて先）八戸市長

次のとおり子ども医療費の受給資格
受給資格の審査及び子どもが18歳に
り、申請者及び配偶者の課税台帳に関する情報を確認することに同意します。

申請者は、お子さまの健康保険の被保険者の方をご記入ください。
国保の場合は、お子さまから見た父または母の、所得が高い方（生計
を維持している方）になります。

受給者番号		八戸市第															
子ども	フリガナ	ハチノハ サクラ															
	氏名	八戸 桜															
	生年月日	H	R	6	年	10	月	10	日	柄				子			
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2					
	住所	八戸市 内丸一丁目1番1号															
加入保険	記号番号(枝番)	記号 123456								番号 789				枝番 01			
	被保険者氏名	八戸 太郎 (続柄 父)															
	認定年月日	H	R	6	年	10	月	10	日	保険者名称				全国健康保険協会〇〇支部			
申請者 (保護者)	フリガナ	ハチノハ タロウ															
	氏名	八戸 太郎															
	電話番号	父・母 ※日中連絡できる番号 (080 - 1234 - 5678)								配偶者の有無				有・無			
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3				
	住所	※お子さまの住所と異なる住所の場合のみご記入ください。 また、保護者様の住所が市外の場合は個人番号も必ずご記入ください。															
口座	点の住所	※現住所と令和6年1月1日時点の住所が異なる 場合のみご記入ください。															
	銀行	八戸 金庫 八戸市庁															
	支店	出張所 0 0 1 普通															
配偶者	フリガナ	ハチノハ ハナコ															
	氏名	八戸 花子															
	年1月1日時点の 住所が異なる場合の住所	※現住所と令和6年1月1日時点の住所が異なる場合のみご記入ください。															
	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4				

申請者(保護者)名義の
口座をご記入ください。

2箇所押印願います。
※スタンプ印不可

申請に必要な書類

- ☐ 八戸市子ども医療費受給資格認定申請書 ※押印箇所あり
- ☐ お子さんの健康保険の被保険者・記号・番号・加入年月日等がわかるもの(資格確認書、マイナポータルの保険情報画面 等)の添付が必要です。
※ご記入いただく保険情報がすべて確認できるもの
- ☐ 保護者のマイナンバーがわかるもの ※保護者の住民登録が市外の場合のみ必要
例 マイナンバーカードの写し、マイナンバーが記載された住民票の写し 等
- ☐ 保護者名義の金融機関普通預金口座が確認できるもの(通帳等の写し等)