

# 【記入要領】子ども医療費助成制度

余白に押印して下さい。

## 【必要なもの】

- お子様の保険証
- 保護者名義の預金通帳またはキャッシュカード  
(上記口座は県外受診等をされた際の払い戻し先になります。)
- 児童手当受給者、被保険者のマイナンバーカード又はマイナンバーの通知カード
- 手続きする方の身分証明書
- 委任状(保護者の方が手続き出来ない場合のみ必要)

令和 年 月 日

都城市 姫城町6街区21号  
都城 一郎

電話 号 (080) 1234-5678

保護者(代理人)の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。(代理人の場合は保護者の電話番号も記入して下さい。)記入内容等の確認で、御連絡することがあります。

なお、申請に当たり、受給申請時及び受給期間中に児童手の状況及び助成対象者の属する世帯の構成、異動の状況について同意します。また、高額療養費についての代理受領について

対象者	フリガナ	ミヤコ/ジョウ イチロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	助成対象者番号	
	氏名	都城 太郎	生年月日	平成24年 1月 1日		
	住所	都城市 <input checked="" type="checkbox"/> 上記申請者の住所と同じ				
加入保険	保険種類	国・国組 <input checked="" type="radio"/> 協 健・共・日・船	保険者番号	01020304		
	記号番号	12345 777	資格取得日	平成30年10月 1日		
	被保険者名	都城 一郎	個人番号	0 2 3 4 5 6 7 8 9 9 9 9		
届出口座	金融機関名	本・支店名	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
	都城 銀行 金庫 農協	姫城 本店 支店 支所 出張所	1234567	被保険者のマイナンバーを記入 ミヤコ/ジョウ イチロウ		

保険証に記載されている資格取得日または認定年月日を記入

□兄、姉が子ども医療費助成対象者の場合は、その子ども医療費受給資格届の口座と同じ

### 児童手当受給状況調査欄

現在児童手当等(別紙)とを届け出ます。

児童手当のお振込先の名義の方の氏名(保護者)とマイナンバーを記入

児童手当受給者 氏名	都城 一郎	個人番号	0 2 3 4 5 6 7 8 9 9 9 9
------------	-------	------	-------------------------

### 該当する保険者に丸をつける

- 国 ⇒ 都城市国民健康保険(国保)
- 国組 ⇒ 国民健康保険組合(土木・建設・医師国保等)
- 協 ⇒ 全国健康保険協会〇〇支部(協会けんぽ)
- 健 ⇒ 〇〇健康保険組合(銀行などの企業単位の保険)
- 共 ⇒ 共済組合保険
- 日 ⇒ 日雇保険 船 ⇒ 船員保険

### 【お問い合わせ】

都城市役所 こども課 児童福祉担当  
TEL 0986(23)2684 FAX 0986(23)2620