

# 【記入要領】子ども医療費助成制度

## 【添付書類】※必ず添付してください

- お子様の保険証の写し
- 保護者名義の預金通帳またはキャッシュカードの写し  
(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。)

令和 年 月 日

住所 都城市 姫城町6街区21号  
氏名 都城 花子

電話番号 (080) 1234-5678

都城市子ども医療費

保護者の氏名・電話番号（日中に連絡の  
取れるもの）を記入して下さい。  
※保護者の自署の場合は押印不要です。

次のとおり、都城市子ども医療費受給資格登  
なお、申請に当たり、受給申請時及び受給期  
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、市において調査確認すること  
に同意します。また、高額療養費についての代理受領についても同意します。

対 象 者	フリガナ	ミヤコ/ジョウ シロウ	性 別	♂・女	助成対象者番号	記入不要
	氏 名	都城 次郎	生 年 月 日	平成・令和 *年 4月 10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="checkbox"/> 協 健・共・日・船	保険者番号	01450014		
	記号番号	12345 777	資格取得日	令和 *年10月 1日		
	被保険者名	都城 太郎	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 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫 農協	姫城 <input checked="" type="checkbox"/> 本店 支店 支所 出張所	1234567	ミヤコ/ジョウ タロウ		

被保険者（左記）のマイナンバーを記入

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（児童手当・特例給付・小学  
とを届け出ます。

児童手当受給者（左記）のマイナンバーを記入

児童手当受給者 氏名	都城 太郎	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  
こども政策課 子育て給付担当  
TEL 0986(23)2684 FAX 0986(23)2620