

成田市医療保険資格情報確認書

記入例

令和6年 12月 2日

| | | | | |
|---|---|--|------------|-----------|
| 該当の健康保険組合等に加入している本人 (社員等にあたる方)の氏名を記入してください。 (例) ・児童が父の会社の医療保険に加入→父の氏名 ・児童が母の会社の医療保険に加入→母の氏名 | | ○○○○○○健康保険組合 | | |
| | | 01234567 | | |
| | | 花崎 一郎 | | |
| 助成対象者① | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 花崎 桃子 | | 平成20年 3月3日 | |
| | 記号 | 番号 | 枝番 | 資格取得日 |
| | 123456 | 78 | 02 | 令和6年 4月1日 |
| | | 本人 <input checked="" type="radio"/> 家族 | | |
| 助成対象者② | 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | | |
| | マイナポータルにて確認したお子さまの加入医療保険の資格情報を転記してください。 | | 資格取得日 | 本人・家族 |
| | | | | |
| 助成対象者③ | 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | | |
| | 記号 | 番号 | 枝番 | 資格取得日 |
| | | | | |
| | | 本人・家族 | | |

上記のとおり相違ありません。

申請者

花崎 一郎

届出の申請者(保護者)