

記入例(在学証明が必要な方)

①支給対象者(平成15年4月2日～平成17年4月1日生まれで高等学校に在学する満20歳未満の方)を記入してください

※個人番号(マイナンバー)欄は記入不要です

郵送で申請される場合は、申請書、支給対象者全員分の保険証のコピー、口座がわかるもの(通帳、キャッシュカードなど)、令和5年度の在学が分かるもの(令和5年度発行の在学証明書または、令和5年度学校印のある学生証)のコピーを郵送ください

②保護者を記入してください

※市内在住の方に限ります(単身赴任等で市外に住居がある方は登録できませんのでご注意ください)

※受給者は保険の被保険者と別の方でも登録できます(例 受給者:母、被保険者:父)

※支給対象者が寮等にお住まいで保護者の住民票が諫早市外である場合は、対象者本人を記載してください

※個人番号(マイナンバー)欄は記入不要です

様式第1号(第2条関係)

支給対象者		申請者(受給者)	
フリガナ	イサハヤ イチロウ	フリガナ	イサハヤ ハナコ
氏名	諫早 一郎	氏名	諫早 花子 母
生年月日	大正・昭和・平成 令和 〇〇年 〇月 〇日(年齢 〇〇歳)	生年月日	大正 昭和 平成 令和 〇〇年 〇月 〇日
住所	申請者の住所と同じ	住所	申請者の住所と同じ
個人番号		個人番号	

③支給対象者の加入保険の内容を記入してください

※確認のため、支給対象者の保険証のコピーを添付してください

保険証の「加入年月日(認定年月日)」を記載してください。

※「発行年月日」とは異なるためご注意ください。

「被保険者」は支給対象者(高校生世代の方)を保険上扶養に入れている方になります

加入保険の名称	国保・社保・健康保険組合・共済組合・船員・国保組合・日雇・後期	被保険者証記号	い	番号	1
被保険者氏名	諫早 花子	被保険者番号	420042	加入年月日	平成 令和 年 月 日
支給対象者との続柄	母	発行機関	諫早市		

④(②)で記載した方の署名をお願いします

委任状欄の記載は不要です

口座番号は右詰で記入してください

上記により認定(更新)されるよう申請します。なお、資格認定及び支給に必要な所得、税及び住民基本台帳並びに医療費支給状況について確認、調査することについて同意します。	委任状(諫早市国民健康保険被保険者の申請にかかるとのみ)
諫早市長 様	私は、 を委任します。
住所 諫早市 東小路町7番1号	
氏名 諫早 花子	
電話番号 090-2222-3333	
振込先	銀行名 諫早 市役所
口座番号	1 2 3 4 5 6 7
名義(カタカナ)	イサハヤ ハナコ

⑤(②)で記載した方名義の振込先口座を記入してください

※通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください(銀行名、支店名、口座番号、名義が確認できる部分を添付してください)

「受給者」に記載した方の名義になります