

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

鏡石町長様

申請者 住所
(保護者) 氏名

㊞

保 護 者	ふりがな		職 業						
	氏名								
	住所			電話番号					
振込金融機関名		銀行・農協 信金・信組	支店	口座の種別	普通・当座				
ふりがな				口 座 番 号					
名義人(保護者)氏名									
こ ど も	ふりがな			生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女
	氏名								
	住所			続柄					
加 入 保 険	事 業 所	所在地			被保険者名				
		名称			記号番号				
	保 険 者 名				保険者番号				
	所 在 地				附加給付	有・無			

附加給付に関する証明

当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。

給付内容

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所長名

(保険者名)

㊞

受給資格証番号		交付年月日	年	月	日	
資格取得年月日	平成 年 月 日	有効年月日	年	月	日	
県所得制限該当有無	有・無		所得額扶養 親族等の数			
決 裁 欄	課長	副課長	課 員			備 考