

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

高浜町長 殿

住 所 高浜町

申請者

氏 名 Ⓜ

(TEL —)

子どもの医療費支給を受けるための資格の認定について関係書類を添え申請いたします。
また、資格の認定において必要な公簿（住民基本台帳）を確認することに同意します。

子ども	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日生	
	氏 名						
	住 所	高浜町				保護者との続柄	第 子
保護者	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日生	
	氏 名						
	勤務先	住所				子どもとの続柄	
		名称					
加入医療保険	記号番号			保険の種別	政管・組合・船員 共済・国保・国退	付加給付	有・無
	被保険者又は組合員の氏名			男・女	住所	高浜町	
	保険者の名称及び所在地	名称			所在地		
払込先金融機関名				口座番号			預金口座名義人
銀行 信金 農協 漁協		本店 支店	No.			フリガナ 氏名	

※ 医 療 費 助 成 決 定 調 書							
受給者証記号番号	7	7				有効期限	年 月 日から 年 月 日まで
住所等の確認用件	年 月 日 から居住確認済み				交付年月日	年 月 日	

- (注) 1. 加入医療保険者証（被保険者証又は組合員証）、払込希望口座の通帳を提示して下さい。
2. ※欄は記入しないで下さい。