

記載例

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

若狭町長 様

申請者 住所 若狭町 第 号 番地

(保護者) 氏 名

電話番号

子どもの医療費支給を受けるため、資格登録について下記のとおり申請いたします。

受給資格者	子ども	ふりがな	わかさ げんき		生年月日	H16 年 7 月 7 日生	
		氏 名	若狭 元気		性 別	(男)・女	
	住所	若狭町 市場 第 20 号 18 番地					
保護者	氏 名	ふりがな	わかさ たろう		生年月日	S51 年 10 月 10 日生	
		氏 名	若狭 太郎		性 別	(男)・女	
	職 業	会社員 <small>※「自営業」や「公務員」等を記入</small>		勤務先	(株)〇〇〇〇		
加入医療保険	資格取得日	H16 年 7 月 7 日		事 由	資格該当・転入 その他()		
	保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7		附加給付	有・(無)		
	記号・番号	111-222		被保険者	若狭 太郎		
	保険者の名称	全国保険組合 〇〇支部 <small>※保険証に記載のある保険者の名称を記入</small>					
助成費を受ける方法及び支払金融機関	口座振込	金融機関	◎◎ (銀行)・農協 信用金庫		◎◎ (支店)	預金種別	
		口座番号	0 0 2 3 4 5 6		支所	(普通)・当座	
		口座名義	(カナ) ワカサ タロウ 若狭 太郎				

- (注) 1 加入医療保険者証を提示してください。
- 2 支払金融機関の通帳をお持ちください。