

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 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | | 氏 名 | | | 続柄 | |
| | 住 所 | 若狭町 第 号 番地 | | | | |
| | 保護者 | ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏 名 | | | 勤務先 | | | |
| 職 業 | | | | | | |
| 加入医療保険 | 資格取得日 | 年 月 日 | 事 由 | 資格該当・転入 その他() | | |
| | 保険者番号 | | 附加給付 | 有・無 | | |
| | 記号・番号 | | 被保険者 | | | |
| | 保険者の名称 | | | | | |
| 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 支所 | 預金種別 普通・当座 | |
| | | 口座番号 | | 口座名義 | (カナ) | |
| | | | | | | |

(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。