

様式第1号（第3条関係）

こども医療費受給資格登録申請書(台帳) 乳幼児用

後日提出
保護者名義の通帳等
対象児の加入健康保険を証するもの



			受給者番号	
受付	年	月	日	加入保険 国・社
決定	年	月	日	附加給付 有・無
交付	年	月	日	受給資格の適否 適・否

保護者	ふりがな		金融機関名	<input type="checkbox"/> 児童手当又は上の子と同じ口座															
	氏名			銀行	支店														
加入保険	加入者氏名		口座番号	No.															
	保険記号 番号			資格取得	年	月	日												
	名称		資格喪失	年	月	日													
	所在地		再取得	年	月	日													
	対象乳幼児	ふりがな		附加給付内容 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> 生計の主の変更 <input type="checkbox"/> 離婚による変更 <input type="checkbox"/> その他 ()															
	氏名																		
	生年月日	年 月 日																	
	続柄																		
	個人番号																		

備考

松伏町長 宛て

年 月 日

申請者
住所 松伏町
氏名 TEL

【医療費の支給に係る同意欄】

下記について関係機関に確認することに同意します。

- 健康保険組合又は全国健康保険協会に対し、高額療養費（世帯合算分を含む。）及び附加給付金の支給状況について照会を行うこと。
- 独立行政法人日本スポーツ振興センター及び松伏町教育委員会に対し、災害共済給付の対象となる医療費について照会を行うこと。
- 医療機関に対し、通院状況、保険点数及び一部負担額その他必要な情報について照会を行うこと。

氏名 _____