

## 子どもの医療費受給資格登録申請書

年 月 日

有田町長様

申請者 (保護者)	住所	有田町
	氏名	子どもとの続柄(父・母・その他) (印)
電話番号		— —

次の子どもに係る医療費の助成を受けたいので、次のとおり子どもの医療費受給資格の登録を申請します。

受給者番号							
子ども	フリガナ			男・女	生年月日 年 月 日		
	氏名						
	住所	有田町					
医療 保 険	保険種別	国保・協会けんぽ・組合・共済・その他( )					
	被保険者名						
	保険証の記号番号						
	保険者名					付加給付	有・無
振 込 先	金融機関	銀行・信金	支店	預金種別	普通(総合)・当座		
		信組・農協	支所				
	(フリガナ)	金庫	出張所				
	口座名義人					口座番号	
<b>同意書</b>							
助成額の決定に際して、有田町が住民税課税台帳の閲覧及び保険者に対して高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。							
有田町長様							
(被保険者) 氏名 (印)							
備 考				※申請理由 出生・転入・その他( )			
				※受付担当印		※交付 未・済	

(注) 申請を行う際は、子どもの保険証のコピーと振込先の通帳のコピーを添付してください。