

記入例



様式第1号 (第2条関係)

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		— —	

押印してください

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			
フリガナ	名	男・女	生年月日 年 月 日
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	(例) 国保…有田町、社保…全国健康保険協会〇〇支部	
	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 ・農協 支所 出張所	預金種別 普通 (総合) ・ 当座
	(フリガナ)		
	口座名義人	口座番号	

健康保険証を見ながらご記入ください。

兄弟がいる場合は、同じ口座でお願いします。

(例) 国保…有田町、社保…全国健康保険協会〇〇支部

同意書

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被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)

医療保険の被保険者の氏名 (国保の場合は世帯主の氏名) を記入してください。

押印してください

備考	役場記入欄		※申請理由 出生・転入・その他 ()
			※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。