様式第１号（第２条関係）

年　　　月　　　日

只見町長

只見町子ども医療費受給資格登録申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者　　　　　〒 |  |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 | 印 |
| 電話番号 |  |

子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格登録を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保護者 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 対象の子ども | ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　　所 |  |
| 子どもの加入保険 | 保険者名 |  |
| 記号・番号 | 記号　　　　　　　　　　　　番号 |
| 被保険者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 付加給付に関する証明当保険（組合）においては、上記対象者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。

|  |
| --- |
|  |

上記のとおり相違ないことを証明します年　　　月　　　日保険代表者または事業所長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

添付書類

□　子どもの加入医療保険の被保険者証の写し

□　償還払いの支払先口座の預金通帳写し（表紙裏の見開き１ページ分）