

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

石川町長 様

助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する所得・課税状況の閲覧
及び加入保険の内容を調査することを同意します。

住 所

申 請 者 氏 名

電 話 番 号 ()

保護者	ふりがな 氏 名			
	住 所			
子ども	ふりがな 氏 名		性 別	生年月日
			男・女	
加入している健康保険	住 所			
	保険者名			
	記号番号			
	被保険者名			
	事業所名			
振込口座	保険者の 所在地			
	金融機関名・支店名	普通	口座番号	口座名義人(カナ氏名)

付加給付に関する証明

当事業所においては、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。

付加給付の有無（有無のどちらかに○をつけてください。）

無 有 →「有」のとき 付加給付の内容

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所長

