

子ども医療費受給資格登録・受給資格証交付申請書

令和 年 月 日

高鍋町長 殿

申請者 (保護者)	住 所	
	氏 名	(子どもとの続柄：)
	個人番号	
	電話番号	

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子ども医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格証の交付を申請します。

また、受給資格期間における、子ども医療費助成制度で受けた療養の給付に係る高額療養費の調査・申請及び受領に関する全ての権限を高鍋町長に委任します。

記

子 ど も	ふりがな			生年月日
	氏 名			
	個人番号			
	ふりがな			生年月日
	氏 名			
	個人番号			
	ふりがな			生年月日
	氏 名			
	個人番号			
医 療 保 険	保険種別	政 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国組		
	被保険者証等の記号・番号			
	保険者名			
	付加給付	有 ・ 無		
備考				