

子ども医療費受給資格登録・受給資格証交付申請書

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かかる高額療養費の調査・申請及び受領に関するすべ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		年 月 日
	個人番号		
	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
医 療 保 険	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号
	被保険者名		
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・他 ( )	
	保 険 者 名		
	保険者番号		付加給付
備 考			

不備書類  お子さんの保険証  その他 ( ) 取得  転入  出生