

子どもの医療費（受給資格登録）申請書 （受給資格証交付）

令和 年 月 日

江北町長 様

申請者 (保護者)	住 所 杵島郡江北町大字
	氏 名 (子どもとの続柄)
	連絡先 ()

受給者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の医療費受給資格の登録及び子どもの医療費受給資格証の交付を申請します。

受給者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名			平成 年 月 日
	個人番号			
	住 所	杵島郡江北町大字		
加入医療保険	保 険 種 別	協会けんぽ・組合健保・船保・共済・国保		
	保険者名称・保険者番号			
	記 号 ・ 番 号			
	被 保 険 者 氏 名			
	個 人 番 号			
	資 格 取 得 年 月 日		年 月 日	
	付 加 給 付	有 ・ 無		
被 保 険 者 住 所	(*受給者と住所が異なる場合にのみ記入)			
同 意 書				
助成額の決定に際して、江北町が住民課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また高額医療費の申請に係る、必要な証明書の請求及び受領を委任します。				
(被保険者)				
江北町長 様		氏 名		

担当課処理欄			
世帯番号		宛 名 番 号	
受給者番号			
資格取得事由	出生 ・ 転入	資格取得年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	交付 ・ 郵送	
備 考			