

子どもの医療費（受給資格
受給資格証交付

赤字の箇所を記入してください。

江北町長 様

令和 年 月 日

申請者 (保護者)	住 所 杵島郡江北町大字山口 1651 番地 1
	氏 名 江北 太郎 (子どもとの続柄 父)
	連絡先 0952 (86) 5614

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	コウホク ハナコ	性別	生 年 月 日
	氏 名	江北 花子	女	平成 19 年 4 月 2 日
	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
	住 所	杵島郡江北町大字山口 1651 番地 1		
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	全国健康保険協会 佐賀支部・01410018		
	記 号 ・ 番 号	9999999・999		
	被 保 険 者 氏 名	江北 太郎		
	個 人 番 号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
	資 格 取 得 年 月 日	平成 19 年 4 月 2 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 江北 太郎		

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			