

出生・転入（ 年 月 日 ）

様式第1号(第3条関係)

担当	記入例	日
		日
		日

(あて先) 三 芳 町 長
こども医療費受給資格登録申請書

下記の事項に同意の上、こども医療費の申請を行います。

父または母のうち生計維持者が申請者となります

申請日をご記入ください

有無や支給等について、公簿の調査や個人番号に基
合は、関係書類の提出を行います。
療養費(高額介護合算療養費に係る医療保険分及び特定疾病
三芳町に委任することに同意

請 (義)	ふりがな	みよし いちろう			申請日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	氏 名	三 芳 一 郎			性 別	男		
	住 所	三芳町 上富・北永井・藤久保・竹間沢・みよし台 1234-56 ミヨシマンション101号				生 年 月 日 昭和 2 年 1 月 1 日 平成		
		電話番号 (申請者電話) 090-1234-5678 (配偶者等電話) 080-8765-4321				個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
童	ふりがな	性別	生 年 月 日		住所	受給者番号		
	みよし みらい 三 芳 未 来	男	平成 2 年 1 月 1 日 令和		同上 その他	記入不要		
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
	みよし のぞみ 三 芳 希	女	平成 2 年 1 月 1 日 令和		同上 その他	記入不要		
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
・必ず申請者名義の口座としてください。 (お子さん、配偶者名義は不可です。) ・旧姓の口座等の場合は、口座名義も記入し てください。 健保協会の場合は支部名を記入 してください。								
※ジェネリック医薬品を希望する旨を添付書類に明記し、申請書に添付していただく。 () へ記載してよい。								
療	記 号	番 号	保 険 者 名					
	1234	567	三芳町 国民健康保険 国民健康保険組合 健康保険組合 共 済 組 合 全 国 健 保 険 協 会 埼玉 支部					
産	銀 行 信用金庫 農 協		鶴 瀬 本店・支店	口座番号	口座名義(カタカナで記入)			
	埼玉りそな			1234567	申請者と同じ その他			