

出 生 ・ 転 入 (年 月 日) ・ その他 ()

様式第1号(第3条関係)

担当	受 付	R	年	月	日
	決 定	R	年	月	日
	交 付	R	年	月	日

(あて先) **こども医療費受給資格登録申請書**
三 芳 町 長

下記の事項に同意の上、こども医療費の申請を行います。

- ・こども医療費の受給に関し、受給資格の有無や支給等について、公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。
- ・公簿等又は個人番号で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ・三芳町国民健康保険から償還される高額療養費(高額介護合算療養費に係る医療保険分及び特定疾病療養費を含む)の受領権限を三芳町に委任することに同意します。

申請者(保護者)	申請日	年 月 日				
	性別	生 年 月 日				
	氏 名					昭和 平成 年 月 日
	住 所	三芳町 上富・北永井・藤久保・竹間沢・みよし台				こどもとの続柄
	電話番号	(申請者電話)		個人番号		
	(配偶者等電話)					
対象児童	ふりがな 氏 名	性別	生 年 月 日		住所	受給者番号
			平成 年 月 日		同上・その他	
	個人番号					
			平成 年 月 日		同上・その他	
	個人番号					
			平成 年 月 日		同上・その他	
	個人番号					
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載してよいか。					はい ・ いいえ	
加入保険	記 号	番 号	保 険 者 名			
			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 康 保 険 協 会 支 部			
振込口座	銀 行 信用金庫 農 協		本店・支店	口座番号	口座名義(カタカナで記入)	
					申請者と同じ・その他	