

乳幼児及び子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

金山町長 様

乳幼児及び子ども医療費受給資格の登録について、次の通り申請します。
なお、申請事項については、私の世帯の住民情報、町民税課税状況の閲覧、加入保険の内容、子どものマイナンバーを調査することに同意します。

受給資格者 (申請者)	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所			
	個人番号			

(乳幼児・子ども) 対象者	フリガナ			
	氏名			
	個人番号			
	生年月日 (性別)	年 月 日 (男・女)	年 月 日 (男・女)	年 月 日 (男・女)
	加入保険 認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

加入健康保険	※該当の番号に○をつける 1. 全国健康保険協会 () 支部 2. () 健康保険組合 3. () 国民健康保険組合 4. () 共済組合 5. その他 ()	フリガナ	
		被保険者名	
		保険者番号	
		記号・番号	
		事業所名	

付加給付に関する証明	
当保険者（事業所）において、上記対象者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。	
付加給付（有 ・ 無 ）	
給付内容：	
上記のとおり相違無いことを証明します。	
年 月 日	
保険者名（事業所長）	
印	

町記入欄	登録申請事由	☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 社保加入 ☐ その他 ()	受給者証 交付	済・郵送	処理年月日	
------	--------	---	------------	------	-------	--

※保護者及び子どもの被保険者証の写し、収入が分かる書類（所得証明書、源泉徴収票等）の写しを添付