

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	カネヤマ タロウ								電話番号		
	氏名	金山 太郎										
	住所	金山町大字川口字谷地XXX番地										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0

乳幼児・子ども 対象者	フリガナ	カネヤマ イチロウ	カネヤマ ハナコ	
	氏名	金山 一郎	金山 ハナコ	
	個人番号	224466881010	113355779900	
	生年月日 (性別)	H22年 5月 10日 (男・女)	H26年 12月 3日 (男・女)	年 月 日 (男・女)
	加入保険 認定年月日	R6年 4月 1日	R6年 4月 1日	年 月 日

加入健康保険	※該当の番号に○をつける	フリガナ	カネヤマ タロウ
	1. 全国健康保険協会 () 支部	被保険者名	金山 太郎
	② (金山広域商業) 健康保険組合	保険者番号	01234455
	3. () 国民健康保険組合	記号・番号	金・123
	4. () 共済組合	事業所名	(有)金山商業
5. その他 ()			

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:【例】高額療養費や公費の助成、居住費、差額ベッド代、食事代等を除く1か月の自己負担額(医療費)から25,000円を差し引いた額を支給する。	
上記のとおり相違無いことを証明します。	
令和6年 4月 1日	
保険者名(事業所長) (有)金山商業 取締役 金山 源太郎 印	

町記入欄	登録申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 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