

こども医療費 受給資格登録申請書

年 月 日

皆野町長 様

申請者（受給資格者）氏名：

次のとおり、受給資格登録を申請します。

受給資格者（申請者）	個人番号												
	ふりがな							生年月日			年 月 日		
	氏名							生年月日			年 月 日		
	住所	皆野町大字											
	こどもとの続柄							連絡先			- -		
こども	個人番号												
	ふりがな							生年月日			年 月 日		
	氏名							生年月日			年 月 日		
加入医療保険	被保険者等の氏名							付加給付			有 ・ 無		
	記号・番号	.									内 容		
	保険者番号												
	保険者名												
	資格取得年月日	年 月 日											
振込先口座	金融機関名称	銀行 組合 農協						本店 支店					
	預金種別	普通 ・ 当座											
	口座番号												
	口座名義人（カナ）												
氏名の間は、1マス開け、「°」「°」は、1マスで記入してください。													

※「振込先口座」は、受給資格者の名義に限ります。