

子ども医療費受給資格登録(更新)・受給者証交付申請書

(申請日) 令和 年 月 日

岩沼市長 殿

住所
申請者
氏名

保護者	ふりがな			男女の別	男・女	
	氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	個人番号					
	住所				TEL	()
	勤務先	勤務先住所			TEL	()
子ども	ふりがな			男女の別	男・女	
	氏名			生年月日	平成・令和 年 月 日	
	個人番号					
	住所	岩沼市			続柄	
加入医療保険	保険者称			保険者番号	口座名義人(保護者名)	
	保険者住所	TEL ()			振込金融機関	金融機関名 銀行・農協 信金・金庫 本店・支店 本所・支所
	被保険者氏名					
	記号		番号			
	資格取得年月日	被保険者	年 月 日	子ども		年 月 日

上記の者の子ども医療費助成について口座へ振込されることを承諾します。

附加給付に関する証明

当該事業所における、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定の内容	<input type="checkbox"/> 規定なし <input type="checkbox"/> 規定あり 計算方法	<input type="checkbox"/> 市町村優先
---------	--	--------------------------------

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業者名

㊟