

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

三島村長 殿

申請者 住所

氏名

印

電話番号

※署名(自筆)の場合は押印不要

下記のとおり、三島村子ども医療費助成金受給資格の認定を申請します。

なお、受給資格の認定や助成額の決定に関して、私及び私の世帯員の地方税関係情報を取得・確認することに同意します。

また、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記の子どもの受診に関する情報を保険医療機関等が審査支払機関を通じて村に送付することに同意します。

子 ど も	フリガナ 氏 名		生 年 月 日	性 別	受給資格者 との続柄	住 所 ※村外の場合のみ記入
	1		平成 令和 年 月 日	男・女	子・同居人	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	2		平成 令和 年 月 日	男・女	子・同居人	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	3		平成 令和 年 月 日	男・女	子・同居人	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
受給 資格者	氏 名		住 所		三島村大字 番地	
加 入 医 療 保 険	被保険者 氏 名		子 ども との続柄		記 号	
	資格取得年月日		年 月 日		番 号	
	保 険 者 名				保険者番号	
	附 加 給 付 有 無		有 ・ 無		給付割合	
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名		銀行・信金 信組・農協	預金種別		普通
	支店名		支店・支所	口座番号		
				フリガナ		
				口座名義人		

※ この申請書を提出する際には、必ず医療保険各法に基づく被保険者証又は組合員証を提示してください。

※ 処理欄

1	氏名	受給資格者 証 番 号		受 付 日	年 月 日
				交 付 日	年 月 日
取 得 年 月 日	年 月 日	取 得 事 由	出生・転入 その他 ()	有 効 期 限	年 月 日
2	氏名	受給資格者 証 番 号		受 付 日	年 月 日
				交 付 日	年 月 日
取 得 年 月 日	年 月 日	取 得 事 由	出生・転入 その他 ()	有 効 期 限	年 月 日
3	氏名	受給資格者 証 番 号		受 付 日	年 月 日
				交 付 日	年 月 日
取 得 年 月 日	年 月 日	取 得 事 由	出生・転入 その他 ()	有 効 期 限	年 月 日