

様式第1号(第3条関係)

決 裁	決裁権者				担 当	受 付	年 月 日
						決 裁 交 付	年 月 日 年 月 日

記号番号

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住 所
氏 名
(TEL)

下記のとおり、受給資格登録を申請します。
記

受給資格者	フリガナ		性 別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	住 所		対 象 児 との続柄		
フリガナ		性 別	生 年 月 日		
対象児氏名		男・女	年 月 日		
加入医療保険	国 保 社 保	記号・番号	保 険 者 名	所 在 地	附 加 給 付
					有・無 内 容

振 込 口 座 (受給資格者名義のもの)

金 融 機 関										
金融機関番号	店 番 号	預 金 種 別	口 座 番 号							
名義人(カナ)										
※後発医薬品(ジェネリック医薬品)を希望する旨を受給資格証へ記載してよろしいですか。										

- (注) 1 申請者欄は、原則としてこども医療費の支給を受けようとする保護者を記入してください。
- 2 この申請を行う場合は、対象児の加入医療保険を証する書類の添付が必要です。