

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

富士河口湖町長 様

申請年月日 年 月 日

受給資格者証番号		年 月 日から		年 月 日まで	
保護者・申請者	フリガナ			子ども との続柄	
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	〒 - 富士河口湖町 電話 - -			
	勤務先 または職業	電話 - -	個人番号		
子ども	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	男・女	個人番号		
加入保険	被保険証等 記号・番号	記号	番号	資格取得日	年 月 日
	被保険者 (世帯主) 氏名			保険区分	国保・国保組合 社保(協会・組合・共済・他 )
	保険者名			保険者番号	
指定口座	金融機関名	本・支店名	口座種類	口座番号	フリガナ 口座名義人
	銀行 金庫 信組 農協		普通 ・ 当座		
備考	年 月 日交付 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他( )				

(注)1 申請者は、太枠内の事項を記入してください。

2 子どもの加入している医療保険が確認できる書類(被保険者証等)を添付してください。