

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 令和 年 月 日

受給資格者証番号				有効期限	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	昭和・平成 年 月 日	
	住 所	〒 ー 富士河口湖町 電話 ー ー				
	勤務先 又は職業	電話 ー ー		個 人 番 号		
子 ど も	フリガナ			男・女	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	氏 名				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	平成・令和 年 月 日
被 保 険 者 (世 帯 主) 氏 名				保 險 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 ☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 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ものを添付してください。
3.富士河口湖町国民健康保険(国保)に加入の方は裏面も記入すること。