

(記入例)

様式第1号(第1条関係)

課長	係長	係員	受付	年 月 日
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;"> ここは記入しないでください </div>				年 月 日
				社保・その他
受給資格要否		附加給付	有・無	
要・否(理由)		有効期間	年 月 日～ 年 月 日	

※注 上記は記入しないこと

こども医療費受給者資格申請書

令和 元年 5 月 7 日

大津町長 様

扶養している保護者の住所

扶養している保護者の氏名
(口座はその保護者名義の口座を記入)

住所 大津町大字 大津1233番地

【申請者】氏名 大津 一郎 ☎

自宅TEL 096-293-3114

携帯電話可

こども	住所	大津町大字 大津1233		
	ふりがな	おおづ じろう		生年月日
	氏名	大津 二郎		平成・令和 元年 5 月 1 日
加入保険	記号	番号	保険者番号	保険者名
	12345678	12	01430016	全国健康保険協会熊本支部
医療費振込み指定口座				
肥後 銀行 大津 支店		口座番号	0123456	
		口座名義(カタカナ)	オオヅ イチロウ	
ゆうちょ銀行(郵便局)の場合、記号・番号を記入		受給者番号	記入不要	
記号	番号			

加入保険証の記号と番号を記入
(保険証上部に記載あり)

健康保険事業者名を記入
(例: ○○健康保険協会、○○健康保険組合など
保険証下部に記載あり)

保険者番号を記入(保険者名付近に記載あり)