様式第1号(第1条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 係　長 | 係　員 | 受付 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  | 決定 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 加入保険 | 国保　・　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　　　　年　　　月　　　日  大津町長　　様  住　所　大津町大字  【申請者】氏　名  自宅TEL　　　　　　－　　　　　－ | | | | | | | |
| こども | 住　　所 | 大津町大字 | | | | | |
| ふりがな |  | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　名 |  | | | | 平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | |
| 加入保険 | 記号 | | 番号 | 保険者番号 | | 保　険　者　名 | |
|  | |  |  | |  | |
| 医　療　費　振　込　み　指　定　口　座 | | | | | | | |
| 銀行　　　　　　支店 | | | | | 口座番号 | |  |
| 口座名義（カタカナ） | |  |
| ゆうちょ銀行（郵便局）の場合、記号・番号を記入  記号　　　　　　　　　番号 | | | | | 受給者番号 | |  |

※扶養認定後の健康保険証原本(またはコピー)を持参ください。