

(記入例)

様式第1号(第1条関係)

課長	係長	係員	受付	年 月 日
ここは記入しないでください				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 4 年 9 月 1 日

大津町長 様

お子様の保護者・養育者の住所

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			

お子様の健康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:〇〇健康保険協会、〇〇健康保険組合など
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)