

只見町長

只見町子ども医療費受給資格登録申請書

申請者 干 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話番号 \_\_\_\_\_

子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格登録を申請します。

保護者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
対象の子ども	ふりがな		性別	
	氏 名		生年月日	
	住 所			
子どもの加入保険	保険者名			
	記号・番号	記号	番号	
	被保険者名			
	事業所名			
	所在地			

付加給付に関する証明

当保険（組合）においては、上記対象者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。

上記のとおり相違ないことを証明します

年 月 日

保険代表者または事業所長名

印

添付書類

- 子どもの加入医療保険の被保険者証の写し
- 償還払いの支払先口座の預金通帳写し（表紙裏の見開き1ページ分）