

様式第1号(第3条関係)

担当	記入例	日
		日
		日

こども医療費受給資格登録申請書

申請日をご記入ください

(あて先)
三芳町父または母のうち生計維持
者が申請者となります

申請者(保護者)	申請日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	ふりがな	みよし いちろう
	氏名	三芳 一郎
	性別	男
住所	三芳町 上富・北永井・藤久保・竹間沢・みよし台 1234-56 ミヨシマンション101号	生年月日 昭和 2年 1月 1日 平成
電話番号	(申請者) 090-1234-5678 (配偶者等) 080-8765-4321	こどもとの続柄 父

対象児童	ふりがな 氏名	性別	生年月日	住所	受給者番号
	みよし みらい 三芳 未来	男	平成 30年 2月 1日 令和	同上 その他	記入不要
	みよし のぞみ 三芳 希	女	平成 2年 3月 1日 令和	同上 その他	記入不要
			平成 年 月 日 令和	同上・その他	記入不要

※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載してよいか。

はい ・ いいえ

加入保険	記号	番号	保険者名
	1234	567	三芳町 国民健康保険 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 埼玉支部

振込口座	銀行	口座番号	口座名義(カタカナで記入)
	埼玉りそな 信用金庫 農協	鶴瀬 本店 支店	1234567 申請者と同じ・その他

同意書

私(同意者)は、三芳町が、三芳町こども医療費、対象となるこどもに係る医療費を支給するが喪失するまでの間、高額療養費、附加給付金を支払うことについて同意します。

・必ず申請者名義の口座としてください。
(お子さん、配偶者名義は不可です。)

・旧姓の口座等の場合は、口座名義も記入してください。

健保協会の場合は支部名を記入してください。

する条例施行
支給手続きに
頼ることに同意し

同意者(被保険者) 三芳 一郎

こちらにも署名をお願いします。