

出生・転入(年 月 日)・その他()

様式第1号(第3条関係)

担当	受付	R	年	月	日
	決定	R	年	月	日
	交付	R	年	月	日

(あて先)

子ども医療費受給資格登録申請書

三芳町長

					申請日	令和	年	月	日
申請者(保護者)	ふりがな				性別	生年月日			
	氏名					昭和	年	月	日
						平成	年	月	日
	住所	三芳町 上富・北永井・藤久保・竹間沢・みよし台						こどもとの続柄	
電話番号	(申請者)								
	(配偶者等)								
対象児童	ふりがな 氏名	性別	生年月日		住所		受給者番号		
			平成	年	月	日	同上・その他		
			令和	年	月	日	同上・その他		
			平成	年	月	日	同上・その他		
※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					
				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 支部					
振込口座	銀行 信用金庫 農協	本店・支店	口座番号		口座名義(カタカナで記入)				
					申請者と同じ・その他				

同意書

私(同意者)は、三芳町が、三芳町子ども医療費の支給に関する条例及び三芳町子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、対象となるこどもに係る医療費を支給する場合の受給資格の登録及び確認の手続き並びに医療費の支給手続きに限り、受給資格が喪失するまでの間、高額療養費、附加給付金の決定に関する情報を、加入保険者に照会及び調査の依頼をすることについて同意します。

同意者(被保険者) _____