

様式第1号(第2条関係)

※受給資格適否		※受給者番号	
適	否 (否の理由)	※附加給付	有・無

乳幼児医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

檜葉町長 様

下記のとおり、乳幼児医療費受給資格の登録を申請します。
 なお、助成額の決定等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

申請者 氏名 檜葉 太郎 ⑩

保 護 者	ふりがな 氏 名		電 話	保護者名、助成金振込口座 名義人と同じ人	
	住 所	保険証のど こかに記号・ 番号があり ます。			
	職 業				
加 入 保 険	男・ 生年月日	年 月 日	保険証のどこかに被保 険者と書いてあります。		
	保険者名	保険証に事業 所名称などと 記載されてい ます。勤務先 の名前			
	記号番号				
	被保険者名				
	事業所			保険証に事業所 所在地などと記 載されています。 勤務先の住所	
所在地					

附加給付に関する証明

当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。

給付内容

(保険者が全国健康保険協会の場合は証明を要しない。)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名又は所属所長名 ⑩

会社に記載してもらいま
す(総務が担当してい
ることが多いです)。附加
給付とは医療費の自己
負担分以外の助成制度。

助成金振込口座

金融機関名		支店名	
口座種別	当座・普通	(フリガナ) 口座名義人	

申請者が当該年度の1月1日
以降の転入者は所得証明書
(扶養人数記載)が必要。乳
幼児のみ。

※ 添付書類

- ① 健康保険証の写し
- ② その他町長が必要と認めた書類