

受給資格適否		加入保険	
適	否 (否の理由)	附加給付	有・無

子ども医療費受給資格登録申請書

檜葉町長 様 平成 年 月 日

申請者 住所 檜葉町大字 字  
 保護者、助成金振込口座  
 名義人と同じ方の氏名 氏名 印

保 護 者	ふりがな 氏 名		電 話	— —
	住 所			
児 童	職 業	保険証の下の方に記載されています。〇〇健康組合、〇〇健康保険協会〇〇支部など		
	ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
加 入 保 険	住 所			
	保険者名	保険証のどこかに記号・番号があります。		
	記号番号			
	被保険者名	保険証のどこかに被保険者と書いてあります。保護者名が多いです。		
保 険	事 業 所	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		
	所 在 地	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		

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

(保険者が社会保険事務局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

会社に記載してもらいます。附加給付とは医療費の自己負担分以外の助成制度のことです。保険者が「社会保険事務局」だった方は、平成20年から保険者が「全国健康保険協会」になりました

保険者名又は所属所長名 印

助成金(医療費)の支払については、銀行振込になりますので、下記に記入して、提出して下さい。

銀行 農協 支店 フリガナ 名義名 口座番号

※ 添付書類

- ① 保険証の写し
- ② 共済組合加入者で1月2日以降転入の方は前住所地の所得証明書