

受給資格要否	加入保険	
要・否(理由)	附加給付	有 無

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

浪江町長

申請者 住所 浪江町大字
氏名 ⑩

保 護 者	ふりがな			電 話 番 号
	氏 名			
振 込 先	住 所	浪江町大字		
	支払希望金融機関	ふりがな		
口座名義人				
金融機関名		支店名	口 座 番 号	
子 ど も	ふりがな		男・女	生 年 月 日
	氏 名			
加 入 保 険	住 所	浪江町大字		
	保 険 者 名 及 び 保 険 者 番 号	保険者名	保険者番号	
	記 号 番 号			
	被 保 険 者 名			
	被 保 険 者 資 格 取 得 年 月 日	年	月	日
	児 童 資 格 取 得 年 月 日	年	月	日
	事 業 所 名			
所 在 地				

附加給付に関する証明

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

給付内容

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所長名又は保険者名

⑩