

記入例

※申請者、保護者、振込先の口座名義人は、全て同じ方にしてください。

受給資格要否	加入保険
要・否（理由）	附加給付

子ども医療費受給資格登録申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

浪江町長

申請者 住所 浪江町大字 幾世橋 字 六反田 7 番地 2

氏名 **浪江 太郎** 浪江 (印)

なみえ たろう 電話 番号

090-**-******

住所 浪江町大字 **幾世橋 字 六反田 7 番地 2**

振込先 支払希望金融機関

ふりがな **なみえ たろう**

口座名義人 **浪江 太郎**

金融機関名 **〇〇銀行** 支店名 **〇〇支店** 口座番 **0123*****

子ども 氏名 **浪江 かもめ** 男・女 生 年 月 日 **令和△△年△△月△△日**

住所 浪江町大字 **幾世橋 字 六反田 7 番地 2**

加入 保険者名及び保険者番号 **全国健康保険協会〇〇支部** 保険者番号 **1010011**

記入 記号番号 **21700023 21**

被保険者名 **浪江 太郎**

被保険者資格取得年月日 **令和〇〇年〇〇月〇〇日**

児童資格取得年月 **令和△△年△△月△△日**

事業所 **〇〇 株式会社**

被保険者の保険証に記載されています。 **△△県△△市△△△番地**



見本

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。
 ※ 加入保険の保険者名が「全国健康保険協会△△支部」となっている保険証をお持ちは、「附加給付」に関する証明は必要ありません。

給付内容

～勤務先で記入してもらってください～

- ・附加給付があれば詳しく内容を記入してください。
- ・附加給付がない場合は「なし」と記入してください。

保険者が「全国健康保険協会△△支部」のときは、事業所等からの附加給付の証明は必要ありませんので、お子さんの保険証のコピーを添付してください。

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 **〇〇 株式会社**
 代表取締役

