

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

(宛先)

東温市長

申請者 氏名

㊞

次のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

なお、愛媛県内所在の医療保険各法による保険医療機関等であって、私の監護する次の子どもが医療を受けたものの開設者に対し、東温市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任するとともに、子ども医療費に係る高額療養費、附加給付等の支給申請、受領等一切に関する事、私及び世帯員の所得状況等の確認の権限を東温市長に委任します。

助成対象者	氏名											性別	男・女	生年月日	年 月 日			子どもの続柄
	個人番号																	
	住所	東温市										電話番号（ ）						
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
子ども	ふりがな											性別	生年月日			住所	証番号	
	氏名												男・女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
												男・女		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	
													男・女	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	
												男・女		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ	
加入保険	保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他																
	記号											被保険者または世帯主						
	番号																	
	保険者名																	
事業所																		