

様式第1号 (第2条関係)

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

寄居町長 あて

申請者 住所 寄居町大字
氏名
電話

下記のとおり受給資格登録申請をします。

なお、高額療養費及び付加給付の内容について、私、対象のこども及び私の扶養家族が加入する保険者に照会することに同意します。

受給資格証番号 ※									
受給資格者	フリガナ		性別	生 年 月 日					
	氏 名		男 女	年 月 日					
	住 所	寄居町大字			対象乳幼児等との続柄				
	個人番号								
フリガナ				性別	生 年 月 日				
対象のこども氏名				男 女	年 月 日				
個人番号									
加入保険	国保	記 号	保険者名	世帯主、被保険者、 組合員、加入者氏名			付加給付		
							※		
	社保	番 号	保険者番号				有 ・ 無		
振込口座 (受給資格者名義のもの)									
金融機関	銀 行 信用金庫 本 店 信用組合 支 店 農 協								
金融機関 番 号	店番号	預金種	口 座 番 号						
		普通 預金							
フリガナ									
口座名義人									
※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証に記載することに同意 します。 しません。									

事務処理欄 予防接種手帳