

主管課長	係長	担当	課員

**こども医療費受給資格登録申請書**  
**受給資格証交付**

令和 年 月 日

五ヶ瀬町長 様

申請者住所  
(保護者)

ふりがな

氏名

続柄 ( )

電話 ( )

こどもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおりこども医療費受給資格の登録及びこども医療費受給資格証の交付を申請します。

記

対象者	ふりがな	
	氏名	
	住所	三ヶ所 五ヶ瀬町大字 桑野内 番地 鞍岡
	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日
医療保険	保険種別	協会 ・ 組合健保 ・ 共済組合 ・ 国保
	保険者名	全国健康 保険協会( )支部・ 五ヶ瀬町 ・ その他( )
	保険証記号番号	
	被保険者氏名	
	附加給付	有 ・ 無 金額 円
口座振替金融機関名		
預金口座番号		普通 ( )