

乳幼児及び児童医療費受給資格登録申請書

年 月 日

猪苗代町長 様

住 所

申請者 氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

乳 幼 児 ・ 児 童	(フリガナ)			男 ・ 女	生年月日	年 月 日		
	氏 名							
保 護 者	(フリガナ)				電話番号	- -		
	氏 名							
	住 所	猪苗代町 字						
加 入 保 険	被保険者名							
	記号・番号	記 号	番 号					
	事業所名							
	保険者名							
	保険者番号							
振込先金融機関	金 融 機 関 名			店 名			口 座 種 別	総合口座 (普通口座)
	口 座 番 号			口 座 名 義 人				

附加給付に関する証明

当事業所においては、上記対象者の家族療養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

所在地
事業所 名称
代表者

印