

双葉町子ども医療費受給資格登録申請書 ・ 内容変更届出書

助成金の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する所得・課税状況を調査することに同意します。

平成 年 月 日

双葉町長様

住所 双葉町大字

氏名

⑩

電話番号

送付先 〒

登録申請 【出生・転入】

内容変更届出 【加入保険・受給資格者・振込口座・住所・氏名】

受給者 (保護者)	フリガナ			個人番号			
	氏名			受給者番号			
	住所	双葉町大字					
子ども	フリガナ			個人番号			
	氏名			受給者との続柄		性別	
	生年月日	平成 年 月 日	転入日	平成 年 月 日			
	住所	双葉町大字					
加入保険	記号・番号	・		被保険者氏名			
	資格取得日	平成 年 月 日	保険者番号				
	保険者名						
振込口座	金融機関名			支店名			
	口座番号			種別	普通 ・ 当座		
	フリガナ						
	口座名義人						

附加給付に関する証明

当事業所(保険者)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。
(保険者が**全国健康保険協会**である場合は、証明は要しないので**子どもの保険証の写し**を添付してください。)

給付内容 ※附加給付がない場合は、「**附加給付なし**」と証明(記入)をお願いします。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名
(保険者)

⑩