

古殿町子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届出書

助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する町民税課税状況の閲覧及び加入保険の内容を調査することを同意します。

古殿町長 年 月 日

住 所
申請者 氏 名 印
電話番号

- ☐ 登録申請 【 出 生 ・ 転 入 ・ 社会保険加入 】
☐ 内容変更届出 【 加入保険 ・ 受給資格者 ・ 振込口座 ・ 住 所 ・ 氏 名 】

受給資格者 (保護者)	住所	□申請者住所と同じ						
	フリガナ				生 月 日	・ ・	子どもとの関係	
	氏 名	□申請者氏名と同じ						

対象者 (子ども)	住所	□申請者住所と同じ						
	フリガナ				生 月 日	・ ・	性別	男 女
	氏 名							
	フリガナ				生 月 日	・ ・	性別	男 女
	氏 名							
	フリガナ				生 月 日	・ ・	性別	男 女
氏 名								

加入保険	保険種別	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 国保組合 4 共済組合 5 その他									
	記号・番号					被保険者名					
	保険者番号							事業所名称			
	保険者名	・()社会保険事務局・全国健康保険協会()支部 ・()健康保険組合・()国民健康保険組合・()共済組合									

振込口座	□ 新規(口座登録のない方) □ 以前の口座を引き続き利用(口座情報記入不要)											
	支払希望金融機関名					銀行・信金 信組・労金 農協				本店 支店 店		
	フリガナ						口座番号					
	口座名義						(普通預金)					