

助成金(医療費)の支払については、次の口座に振り込んで下さい。

〇〇	銀行 信用金庫 農協	〇〇	支店	名義(カタナ) <u>トミオカ タロウ</u>
				口座番号 <u>9999999</u>

乳幼児及び子ども医療費受給資格登録申請書

令和元年5月1日

富岡町長 様

申請者 住所 富岡町 大字本岡字王塚 622-1
(保護者)

氏名 富岡 太郎 印

保護者	ふりがな 氏名 「個人番号」	とみおか たろう 富岡 太郎 「 8888 8888 8888 」	(TEL 0240-99-9999) (携帯 090-9999-9999)
	住所	富岡町大字本岡字王塚 622-1	
	職業	会社員	
対象者	ふりがな 氏名 「個人番号」	とみおか いちろう 富岡 一郎 「 8888 8888 8888 」	男・女 (令和元年5月1日生)
	住所	富岡町大字本岡字王塚 622-1	
加入保険	記号・番号	888888・8888	
	被保険者名	富岡 太郎	
	事業所名称	〇〇株式会社	
	保険者番号	77777777	
	保険者所在地	〇〇市〇〇町1-1	

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

現在加入している健康保険の保険者等が証明する欄です。
勤務先の健康保険担当職員または、健康保険組合に提出し、証明していただください。

全国健康保険協会〇〇支部の健康保険に加入している場合は省略可

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名又は所属長名

印

上記のとおり申請します。なお、町で保管する住民記録情報・税情報・その他助成に必要な情報について利用することに同意します。

ご自身で記入

勤務先または健康保険組合が記入・証明