

受給者 番号	子ども①					
	子ども②					
	子ども③					

乳幼児及び子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

富岡町長 様

申請者 住 所
(保護者)
氏 名
電話番号

保 護 者	フリガナ	性別	生年月日	個人番号																			
	氏 名																						
		男	年 月 日																				
		女																					

子 ど も	フリガナ	生年月日	性別	続柄	保険加入年月日
	氏 名				
		年 月 日	男		年 月 日
			女		
		年 月 日	男		年 月 日
			女		
		年 月 日	男		年 月 日
			女		

被 保 険 者	フリガナ	生年月日	勤務先
	氏 名		
		年 月 日	

加 入 保 険	発行機関		記号・番号	
	☐ 全国健康保険協会（ ）支部 ☐ 富岡町国保			
	☐ （ ）健康保険組合			
	☐ （ ）共済組合			
	☐ その他（ ）			

振 込 口 座	金融機関名・支店名		口座番号	口座名義人 (カナ氏名)
	銀行 店 金庫 支店 農協 出張所			

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。