

記入例

様式第1号（第6条関係）

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

令和6年4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
電話番号 0240-99-9999

子ども	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	保険加入年月日
	トミオカ イチロウ				
	富岡 一郎	令和6年4月1日	男 女	子	令和6年4月1日
			男 女		
		年　月　日	男 女		年　月　日
		年　月　日	男 女		年　月　日

被 保 險 者	フリガナ	生年月日	勤務先
	氏名		
	トミオカ タロウ		
	富岡 太郎	平成元年1月1日	〇〇株式会社

加入保険	発行機関	記号・番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 (○○) 支部 <input type="checkbox"/> 富岡町国保 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> その他 ()	8888888 • 8888

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)
	〇〇 銀行 金庫 農協 〇〇 支店 出張所	9999999	トミオカ タロウ

上記のとおり、申請します。

なお、町で保管する住民登録情報・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。