

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

保護者	フリガナ	性別	生年月日	個人番号											
	氏 名														
	トミオカ タロウ														
	富岡 太郎														

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

加入 保 険	発行機関		記号・番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ <span style="color: red;">〇〇</span> ）支部	<input type="checkbox"/> 富岡町国保	<span style="color: red;">888888・8888</span>
	<input type="checkbox"/> （ ）健康保険組合		
	<input type="checkbox"/> （ ）共済組合		
	<input type="checkbox"/> 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)
	〇〇	銀行	〇〇		

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。