

様式第1号 (第3条関係)

こども医療費受給資格登録申請書 (兼受給者台帳)

令和 年 月 日

小川町長 宛て

住所 小川町

氏名 (印)

電話 ( )

下記のとおり受給資格登録申請をします。

受給資格者	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	昭和 平成	年 月 日
	住 所	小川町		対象児との 続柄	
フリガナ		性別	生 年 月 日		
対象児氏名		男・女	平成 令和	年 月 日	
加入 保険	国保 ・ 社保	記号・番号	保険者名・番号	所 在 地	附 加 給 付
					有 ・ 無 内 容
振込口座 (受給資格者名義のもの)					
金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協			支 店	
金融機関番号	店 番 号		預金種	口 座 番 号	
			普通		
名義人 (カナ)					
ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証へ記載しますか				はい ・ いいえ	
登録事由	出生・転入・生保廃止・ 受給者変更 その他 ( )		処 理 欄	交付年月日	令和 年 月 日
				受給資格証番号	