

受給者番号

乳幼児医療費受給資格登録申請書

受給資格者（保護者）	住所	有田川町大字			
	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	氏名		男・女	個人番号 新規(転入)の方は記入願います。 【保護者と配偶者】	
乳幼児	住所	有田川町大字	<input type="checkbox"/> 受給資格者欄と同じ場合チェックマーク		
	フリガナ		生年月日	平成・令和 年 月 日生	
	氏名		男・女	個人番号 新規(転入)の方は記入願います。	
加入保険	被保険者氏名 (組合員氏名)				
	保険証記号番号				
	保険者名				
	附加給付	有 ・ 無			
<p>有田川町長 様</p> <p>上記のとおり、乳幼児医療費受給資格の登録及び受給資格証の交付申請をします。 また、申請にあたって、次の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 有田川町が保有する住民台帳及び課税台帳等を閲覧すること。 ・ 保険者に対して医療費の支給状況等を確認すること。 ・ 資格認定中に発生した高額療養費について、保険者と支給額の調整をおこなうこと。 <p>令和 年 月 日</p> <p>保護者 住所 有田川町大字</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 - -</p>					

※ 添付書類 所得証明書及び保険証（コピー可）

受領日 令和 年 月 日	(別世帯の方のみ記入必須)
受領者氏名	受給資格者との関係(続柄)
生年月日 S・H 年 月 日	住所
	電話番号

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()