

様式第1号 (第5条関係)

| | | |
|---------|------|-----|
| 受給資格要否 | 加入保険 | |
| 要・否(理由) | 附加給付 | 有 無 |

子どもの医療費受給資格登録申請書 (記入例)

令和 年 月 日

柳津町長 様

申請者 住所 柳津町大字柳津字下平乙234番地
氏名 柳津 太郎 ㊟
電話 0241-42-2118

| | | | | |
|------------------|------------|------------------------------|------------|-------------|
| 保 護 者 | ふりがな 氏名 | やないづ たろう 柳津 太郎 | 生年月日 | 平成〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 住所 | 柳津町大字柳津字下平乙234番地 | | |
| | 職業 | 会社員 | 子どもの 続柄 | 父親 |
| 子 ど も | ふりがな 氏名 | やないづ こたろう 柳津 小太郎 | 生年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 住所 | 柳津町大字柳津字下平乙234番地 | | |
| 加 入 保 険 | 保険者名 | 全国健康保険協会 〇〇支部 | | |
| | 記号番号 | 記号 123456 番号 789 | | |
| | 被保険者名 | 柳津 太郎 | | |
| | 事業所 | 〇〇〇〇株式会社 (勤務地を記入ください) | | |
| | 所在地 | 柳津町大字柳津字●●番地 (勤務先の住所を記入ください) | | |

附加給付に関する証明

当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

給付内容

事業所から附加給付に関する証明をもらってください。附加給付がない場合は「なし」と記載してもらい、証明をもらってください。ある場合は、内容を詳細に記載してもらい、証明をもらってください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

××年 ×月 ×日

社印・代表者印をもらってください。

事業所長名 株式会社 △△△
代表取締役 □□□□ □□ ㊟