

|         |        |      |     |
|---------|--------|------|-----|
| 受給資格の適否 |        | 加入保険 |     |
| 適・否     | (否の理由) | 附加給付 | 有・無 |

※ 上の欄には、申請者は記入しないでください。

|   |  |                |      |           |    |           |
|---|--|----------------|------|-----------|----|-----------|
| 乳幼児医療費受給資格登録申請書   |  |                |      |           |    |           |
|   |  |                |      |           |    | 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 広野町長 様  |  |                |      |           |    |           |
| 申請者 住所 広野町大字〇〇-〇〇   |  |                |      |           |    |           |
| 氏名 広野 一郎 印  |  |                |      |           |    |           |
| 個人番号  |  |                |      |           |    |           |
| (電話番号 27 - 〇〇〇〇 )   |  |                |      |           |    |           |
| 保<br>護<br>者   | 氏名   | 広野 一郎          | 続柄   | 父         | 電話 | 27 - 〇〇〇〇 |
|   | 個人番号   | ( )            |      |           |    |           |
|   | 住所   | 広野町大字〇〇-〇〇     |      |           |    |           |
| 職 業   | 会社員  |                |      |           | 電話 | 27 - ●●●● |
| 乳<br>幼<br>児   | 氏名   | 広野 花実          | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |    |           |
|   | 個人番号   | ( )            |      |           |    |           |
| 住 所   | 同上   |                |      |           |    |           |
| 加<br>入<br>保<br>険  | 保険者名   | ●●健康保険組合       |      |           |    |           |
|   | 記号番号   | 123-456789     |      |           |    |           |
|   | 被保険者   | 広野 一郎          |      |           |    |           |
|   | 事業所  | 〇〇〇〇株式会社       |      |           |    |           |
|   | 所在地  | 広野町大字〇〇字〇〇番地〇〇 |      |           |    |           |
| 勤務先保険担当者記入欄   |  |                |      |           |    |           |
| 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。   |  |                |      |           |    |           |
| <p>(給付内容) 例 入院1日につき10,000円の補助制度あり<br/> 1月20,000円以上の自己負担で5,000円補助<br/> ※該当がない場合は『無し』と記入してください。</p>   |  |                |      |           |    |           |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。   |  |                |      |           |    |           |
| 〇〇年〇〇月●●日   |  |                |      |           |    |           |
| <small>〒〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇字〇〇番地〇〇</small><br>事業所長 〇〇〇〇株式会社 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">社印</span><br><small>代表取締役社長 〇〇〇〇</small> |  |                |      |           |    |           |
| 窓口来庁者の<br>本人確認書類  | 1点 個人番号カード 運転免許証 パスポート ( )<br>2点 健康保険証 年金手帳 各種医療受給者証 ( ) |                |      |           |    |           |