

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。

児童医療費受給資格登録申請書 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>						
広野町長 様 <div style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 印 個人番号 (電話番号 ー )</div>						
保護者	氏名		続柄		電話	
	個人番号	( )				
	住所					
児童	職業				電話	
	氏名		生年月日	年 月 日		
	個人番号	( )				
加入保険	住所					
	保険者名					
	記号番号					
	被保険者					
	事業所					
所在地						
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。						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           (給付内容)         </div>						
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日						
事業所長					印	

窓口来庁者の本人確認書類	1点	個人番号カード	運転免許証	パスポート	( )
	2点	健康保険証	年金手帳	各種医療受給者証	( )