

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						
					年 月 日	
広野町長 様						
申請者 住所						
氏 名 印						
個人番号						
(電話番号 ー)						
保 護 者	氏 名		続 柄		電 話	
	個人番号	()				
	住 所					
	職 業				電 話	
乳 幼 児	氏 名		生年月日	年 月 日		
	個人番号	()				
	住 所					
加 入 保 険	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。						
(給付内容)						
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 ()