

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 今治市長

申請者 氏 名

次のとおり子ども医療費の受給資格登録を申請します。

なお、私の保護する次の子どもが医療を受けた愛媛県内所在の医療保険各法による
 保険医療機関等の開設者に対し、今治市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求
 及び受領の権限を委任します。

※太線の枠内のみ記入してください。

受給者番号						
助成対象者	フリガナ				男・女	子どもの続柄
	氏名					
	住所				自宅・勤務先・携帯 電話	
子ども	フリガナ				男・女	平成 年 月 日生 令和
	氏名					
加入医療保険	世帯主 被保険者氏名			続柄		勤務先
	保険種別	今 他 協・組・船・共・退・国・歯・葉・国 A B C D E F G H X				記号番号
	保険者	今治市 全国健康保険 協会 愛媛支部		所在地		

備考	受給資格取得年月日	令和 年 月 日				
	受給資格証交付年月日	令和 年 月 日				
	①	課長	課長補佐	係長	係	受付
	りん議					