

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					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					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 医 他 協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 退 ・ 国 ・ 歯 ・ 薬 ・ 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
	受給資格者交付 年 月 日	令和 年 月 日

係	受付