

様式第1号(第4条関係)

子ども医療費助成金受給資格登録申請書

北杜市長

様

年 月 日

有効期限		年 月 日まで			
保 申 請 護 者	フリガナ			小 児 の 続 柄	
	氏 名				
	個人番号			生年月日	年 月 日
	住 所	北杜市 電話 ー			
勤務先 又は職業	電話 ー				
小 児	フリガナ			男・女	生年月日
	氏 名				
	個人番号				
加 入 保 険	記号番号			資格取得	年 月 日
	被保険者 (世帯主) 氏 名				
	保険者名	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・他 名称()			
	保険種別	国保・社保(協・組・共・他)			
指 定 口 座	金融機関名	支店名	口座種類	口座番号	口座名義人名
		支所・支店	普通・当座		
備 考	年 月 日交付		年 月 日再交付		

届出人は、太枠内の事項を記入してください。