

様式第1号(第2条関係)

受給資格要否	加入保険	政・健・共・国組		
要・否(理由)	附加給付	有・無		
乳幼児、児童及び生徒医療費受給資格登録申請書 会津美里町長				
年 月 日				
※太枠の部分のみ記入してください。				
(申請者 保護者)	ふりがな氏名	連絡先		
	個人番号			
	住所	〒 会津美里町		
受給資格証番号				
乳幼児、 児童及び 生徒	ふりがな氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	保護者との続柄			
	加入保険の認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
適用年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
事由	1出生 2転入 3社保加入	1出生 2転入 3社保加入	1出生 2転入 3社保加入	1出生 2転入 3社保加入
加入健康 保険	被保険者名			
	記号番号			
	保険者番号			
	保険者名			
	勤務先			
振込先金融機関	金融機関名(支店名)	種別	口座番号	口座名義人
		普・当		