

乳幼児医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所 武雄市

(保護者) 氏名 ⑩

乳幼児に係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり、乳幼児医療費受給資格の登録を申請します。

乳幼児	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	平成 年 月 日	
	住所	武雄市			
保護者	フリガナ		電話番号		
	氏名		— —		
加入医療保険	記号・番号	・			
	被保険者氏名				
	保険者番号				
	保険者名				
	資格取得年月日	平成 年 月 日			
	付加給付	有 ・ 無			
	備考				
振込口座	金融機関名			店番 — 口座番号	
	銀行 本店 金庫 支店 組合 出張所 支所			—	
				フリガナ	
				名義人	
3歳未満のみ記入	同意書				
	助成額の決定に際して、武雄市が住民税課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る、必要な証明書の請求および受領を委任します。 (被保険者) 武雄市長 様 氏名 ⑩				

市役所処理欄			
受給者番号		世帯コード	
資格取得事由	出生・転入	資格取得年月日	平成 年 月 日
交付年月日	平成 年 月 日 交付・郵送		
備考			