

乳幼児医療費受給資格証交付申請書

提出年月日 平成 年 月 日

高原町長 殿

住 所 高原町大字

申請者（保護者）氏 名

電 話 -

次のとおり乳幼児医療費受給資格証の交付を申請します。

乳 幼 児	フリガナ		性別	生 年 月 日	続 柄
	氏 名		男・女	平成 年 月 日	
	住 所	高原町大字			

乳 幼 児 加 入 医 療 保 険	被保険者氏名				
	記 号 番 号		附 加 給 付	有 ・ 無	
	保 険 者 名		保 険 者 番 号		
	認 定 年 月 日	平成 年 月 日			

振込先口座	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所・出張所		
	口座番号		普・当	フリガナ	
				口座名義	

申請条件

- 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を高原町長に委任します。
- 家族療養費附加給付を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を町へ返還します。

処 理 欄	受給者番号		備 考
	交付年月日	平成 年 月 日	

注) を付した欄は、記入しないでください。

受給資格証 受領印欄