

様式第1号(第2条関係)

こども医療費受給資格登録申請書			
令和 年 月 日			
高根沢町長 様			
申請者 住所 高根沢町			
氏名 (※)			
(※)本人が手書きしない場合は記名押印してください。			
電話番号			
こども	フリガナ		生年月日
	氏名		平成 年 月 日 令和
住所	高根沢町		
保護者	フリガナ		こどもとの続柄
	氏名		
加入保険	被保険者氏名		
	記号番号	記号	番号
	資格取得日	令和 年 月 日	
	保険者番号		
	保険者名称		
申請理由	1. 出生 2. 転入(令和 年 月 日転入) 3. その他( )		
備考			

※この申請書を提出するときは、被保険者証又は組合員証を添えて提出してください。