市記入欄	登録申請事由	☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 社保加入	受給者証 交付	済・郵送	処理年月日	
------	--------	---	------------	------	-------	--

※太枠の部分に記入してください。

乳幼児及び児童医療費受給資格登録申請書							
						年 月 日	
田村市長 様							
申請者 住所 田村市 町							
氏名							
乳幼児及び児童医療費受給資格の登録について、次のとおり申請します。							
なお、申請事項については、私の世帯の住民基本台帳の住民情報、市民税課税状況の閲覧、その他必要な調査を行うことに同意します。							
受給資格者 (保護者)	フリガナ					電話	
	氏名						
	住所	☐ 申請者に同じ（記入不要） ☐ 申請者と別居（以下に記入）					
	個人番号					転入年月日	年 月 日

乳幼児・児童	フリガナ					
	氏名					
	性別	生年月日	男女	年 月 日	男女	年 月 日
	加入保険の 認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

市記入欄	受給資格証番号				
	適用年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

加入健康保険	※該当の番号に○をつける	フリガナ	
	①全国健康保険協会（ ）支部	被保険者名	
	②（ ）健康保険組合	保険者番号	
	③（ ）共済組合	記号・番号	—
	④その他（ ）	事業所名称	

※①以外の場合は下記の証明欄に保険者（事業所）から付加給付に関する証明を受けてください。

<u>付加給付に関する証明</u>	
当保険者（事業所）においては、上記対象者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。	
付加給付（有・無） 給付内容	
上記のとおり相違ないことを証明します。	
年 月 日	保険者名 (事業所長名) 印

※申請時の持参物 受給資格者（保護者）名義の通帳
お子さんの保険証（資格認定年月日が記載されたもの）