

決 裁	課 長	係 長	係	受 付	年 月 日
				伺	年 月 日
				決 定	年 月 日
				発 行	年 月 日
受 給 資 格 要 否			加 入 保 険		附 加 給 付
要・否(理由)			国 保 (一 般 退 職 者) 社 保		有 ・ 無

児童医療費受給資格登録申請書

年 月 日

上三川町長 様

住 所 上三川町

申請者
氏 名

T E L

対 象 者 (保 護 者)	(ふりがな)		男女の別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	住 所	上三川町		児童との続柄	
	職 業	勤務先			
児 童	(ふりがな)		男女の別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日	
	住 所	上三川町			
加 入 保 険	記 号 番 号	被 保 険 者 氏 名		保 險 者	番 号
					名 称
					T E L

(注) 太線欄には、申請者は、記入しないこと。

児童保険証資格取得日 年 月 日

本人確認済

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

● 出 生

● 転 入 (

受付	発行・交付
----	-------

年 月 日)