

乳幼児医療費受給資格申請書

令和 年 月 日

鶴居村長 大石 正行 殿

申請者 住 所 鶴居村
氏 名 ㊟

乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。

保護者	フリガナ 氏名		男・女	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	〒 - □上記と同一 TEL - -				
	個 人 番 号					

受給対象者の状況	受 給 対 象 者 氏 名	フリガナ	
	個 人 番 号		
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	保護者との続柄		
	同居・別居の別	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居
医療保険等	勤 務 先 名		
	保 険 種 別	政・組・日・船・共・国	記号番号
	保 険 者 名		所 在 地
	附 加 給 付	有・無	附加給付の内容
添 付 書 類 等		この申請に「被保険者証」添えること。	

