

子ども医療費給付金受給資格者登録申請書

年 月 日

龍郷町長殿

申請者 住所

氏名

龍郷町子ども医療費給付金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。

なお、龍郷町子ども医療費給付金受給資格登録や給付金決定に当たり、私及び私の世帯員の個人町県民税の税務資料等を閲覧することに同意します。

また、子ども医療費給付金の支給を受けるために必要な下記子どもの受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部に送付することに同意します。

子ども	氏名		生年月日	住所	性別	監護者との続柄
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
監護者	氏名		住所		電話	
子どもに係る医療保険	保険の種類		政・組・日・船・共・国・協			
	記号・番号		記号		番号	
	被保険者	氏名			性別	男・女
		生年月日			子どもとの続柄	
		住所				
資格所得年月日						
保険者	所在地					
	名称					
	付加給付有無	有無	給付割合			
支払金融機関 支払希望	名称	銀行・信金 信組・農協		預金種別	普通	
				口座番号		
		支店 支所		口座名義人 (フリガナ)		

課長	係長	係

年 月 日

申請書・届出書を受領し、受給資格者証を交付して宜しいかお伺いします。