

乳幼児及び児童医療費受給資格登録申請書										
猪苗代町長 様										
住 所										
申請者 氏 名										
個人番号										
乳 幼 児 ・ 児 童	(フリガナ)				男 ・ 女	生年月日	年 月 日			
	氏 名									
保 護 者	(フリガナ)					電話番号	— —			
	氏 名									
		住 所	猪苗代町 字							
加 入 保 険	被保険者名									
	記号・番号	記 号				番 号				
	事業所名									
	保険者名									
	保険者番号									
振込先金融機関		金 融 機関名				店 名			口 座 種 別	総合口座 (普通口座)
		口 座 番 号				口 座 名義人				
附 加 給 付 に 関 す る 証 明										
当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。										
(給付内容)										
上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日										
事業所 所在地 名 称 代表者										
印										