

年 月 日

住所 猪苗代町 字

申請書を提出される方について、住所・氏名・
個人番号の記入をお願いします。

お子さまのお名前・性別・生年月日をご記入ください。

生年月日

年 月 日

電話番号

受給者となる保護者の方の氏名・電話番号・住所をご記入ください。

猪苗代町 字

記 号

番 号

お子さまの健康保険の資格情報についてご記入ください。

保険者番号

金融
機関名

口
座
番
号

償還払いに使用する振込先金融機関について
ご記入ください。

店名

口座
名義人

座別
口種

総合口座
(普通口座)

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。

※健康保険組合等にて付加給付を行っている場合は、「給付内容」を記入願います。
※附加給付なしの場合は、「なし」と記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所	所在地 名 称 代表者
-----	-------------------

お子さまを扶養に入れている保護者の方
の会社等で証明を受けてください。

印

手続きの際は、お子さまの健康保険の資格情報が確認できる書類、保護者の方の通帳をお持ちください。

保護者の方がご記入ください。

会社等で証明を受けてください。