

様式第1号(第4条関係)

鳴沢村子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

鳴沢村長 様

年 月 日

転 入		出 生		その他()	
年 月 日(上記の事由が発生した日)					
保 護 者	フリガナ 氏 名			子 ども との続柄	
	住 所	鳴沢村 電話 —		生年月日	年 月 日
子 ど も	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
加 入 保 険	記 号 番 号			保 険 者 番 号	
	被保険者(世帯主)氏名				
	保 険 者 名	国民健康保険 健康保険協会 健康保険組合 共済組合 支部			
	保険者所在地				
口 座	振 込 先 銀 行 名			支 店 名	支店
				支店番号	
	口 座 番 号	普通・当座			
	口 座 名 義	※フリガナをつける			
備 考		年 月 日交付			

添付書類 子ども全員の保険証のコピーを添付してください。