

受給資格要否	加入保険	
要・否(理由)	附加給付	有 無

泉崎村こども医療受給資格登録申請書

平成 年 月 日

泉崎村長

申請者 住所 泉崎村大字

氏名 (印)

保 護 者	ふりがな氏名			電 話 番 号	
	住 所	泉崎村大字			
こ ど も	支払希望金融機関	金融機関名	支店名	口 座 番 号	
	ふりがな氏名		男・女	生 年 月 日	
加 入 保 険	住 所	泉崎村大字			
	保 険 者 名				
	記 号 番 号				
	被 保 険 者 名				
	被保険者資格取得年 月 日				
	こども医療資格取得年 月 日				
	事 業 所				
所 在 地					

附加給付に関する証明

当事業所においては、上記対象者の家族医療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。

平成 年 月 日

事業所長名

(印)