

## 記載例

受給資格要否	加入保険	
要・否(理由)	附加給付	有 無

<h3>泉崎村こども医療受給資格登録申請書</h3>	
平成〇〇年〇〇月〇〇日	
泉崎村長	申請者 住所 泉崎村大字〇〇字〇〇2番地
	氏名 泉崎 太郎 <span style="float: right;">⑩</span>

保 護 者	ふりがな	いずみざき たろう	電 話 番 号
	氏 名	泉崎 太郎	0248-53-〇〇〇〇
こ ど も	住 所	泉崎村大字〇〇字〇〇2番地	
	支払希望金融機関	金融機関名 泉崎銀行	支店名 泉崎支店
		口 座 番 号 〇〇〇〇〇〇	
加 入 保 険	ふりがな	いずみざき じろう	生 年 月 日
	氏 名	泉崎 次郎	男・女 平成〇〇年〇〇月〇〇日
保 険	住 所	泉崎村大字〇〇字〇〇2番地	
	保 険 者 名	〇〇〇〇健康保険組合	
	記 号 番 号	記号000000-番号00000	
	被 保 険 者 名	泉崎 太郎	
	被保険者資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	こども医療資格取得年月日	記入しなくていいです。	
	事 業 所	泉崎〇〇〇〇株式会社	
所 在 地	泉崎村大字〇〇字〇〇15番地		

<h3>附加給付に関する証明</h3>	
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 別紙のとおり。 附加給付の内容が記入してある書類を添付すること	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	
事業所長名 泉崎〇〇〇〇株式会社 <span style="float: right;">⑩</span> 代表取締役 社長 〇〇〇〇	

#### 添付書類

- ◎ こどもの保険証コピー(国民健康保険以外の方)今回から加入保険の保険者名及び記号番号が記載されます。
- ◎ 通帳のコピー受給者(保険者)  
(金融機関名・支店名・預金種目・口座番号・口座名義人が確認できる面をコピーしてください。)