

子ども医療費支給申請書

申請書は一人につき一枚必要です

〇〇年 〇月 〇日

(申請先)中能登町長

申請者住所 中能登町末坂9部46番地

申請者氏名 中能登 太郎

次のとおり支給を受けたいので申請します。

必ず署名ください

(診療月 年 月分領収書 枚)

受給資格者	登録番号	1	加入	被保険者氏名	中能登 一郎
	氏名	中能登 太郎		保険証記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8
子ども	氏名	中能登 一郎	保険	保険者名	全国保険協会石川支部
	生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日			
給付費の口座振込先		〇〇 銀行		口座種別 [ 普通 ] フリガナ ナカノト タロウ	
		〇〇 支店		名義口座 ( 中能登 太郎 ) 口座番号 [ 1 2 3 4 5 0 ]	