

第1号様式 (第2条関係)

《記入例》

養育医療給付申請書

加入している健康保険の名前で
す。(例：〇〇健康保険組合)

1 新規 2 継続
(太枠の中だけボールペンで強く記入してください)

公費負担者番号	2	3	1	4	6	2	0	2							
公費負担医療の 受給者番号															
被保険者証等の記号 及び番号	〇〇〇-△△△△				保険証発行機関				〇〇健康保険組合						
お子さんの氏名等	ふりがな	あやせ はなこ				出生時の体重				1,500g					
	氏名	綾瀬 花子													
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	令和〇年				生計維持者の方(お子さまが社会保険に加入している場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主の方)の氏名となります。									
保護者 (申請者)	氏名	綾瀬 太郎													
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	お子さまとの続柄	父
	住所	(〒252-1192) 綾瀬市 〇〇 △-□-〇				電話 (〇〇〇〇) △△-□□□□									
医療機関 (病院・診療所)	名称	〇〇市民病院													
	所在地	〇〇市△△ 〇-〇〇-△													
有効期間	年 月 日から				年 月 日まで										
診療予定期間 (継続診療予定期間)	年 月 日から				年 月 日まで										
自己負担月額	階 層				円										
上記のとおり申請します。													市役所に提出する日付です。		
令和〇年 〇月〇日													(宛先) 綾瀬市長		
本申請による、上記の個人情報(生計維持者)の方の氏名となります。													保護者(生計維持者)の方の氏名となります。		
保護者氏名 綾瀬 太郎															

保険証に記載の記号・番号です。

マイナンバーを記載してください。

マイナンバーを記載してください。