

受 給 資 格 要 否	加 入 保 険	政・組・国・共・その他
要・否理由	附 加 給 付	有 無

		年	月	日
大玉村長 様				
申請者		住所		
氏名		印		
電話番号				
子育て支援医療費の助成を受けたいので、受給資格登録を申請します。 なお、助成額の判定等のため村民税課税状況を調査することに同意します。				

付 加 給 付 に 関 す る 証 明

当保険（組合）においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険代表者名

⑩

指定金融機関名	銀行・信金 信組・農協	本店・本所 支店・支所	口座番号								
フリガナ 口座名義人				口座種別	普通・貯蓄 ()						

記入例

受給資格要否	政・組・国・共・その他
要・否理由	附加給付 有 無

※受給資格者証番号	大玉村子育て支援医療費受給資格登録申請書		
保護者の住所・氏名・電話番号を記入してください。		平成 年 月 日	
大玉村長 様			
申請者 住所 大玉村玉井字星内70番地			
氏名 大玉太郎 ⑩			
電話番号 48-3130			
子育て支援医療費の助成を受けたいので、受給資格登録を申請します。 なお、助成額の判定等のため村民税課税状況を調査することに同意します。			
受給資格者 (保護者)	氏名	大玉太郎	性別 (男) 女
	住所	大玉村玉井字星内70番地	
対象の子ども	氏名	大玉花子	性別 男 (女)
	生年月日	平成 6年 7月 1日	続柄 子
	住所	大玉村玉井字星内70番地	
加入保険	保険者名	東北福島社会保険事務所	
	記号番号	安おやー12	
	被保険者	大玉太郎	
	事業所	大玉工業(株)	
	所在地	大玉村玉井字台37番地	
附加給付に関する証明			
当保険(組合)においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。			
※ 勤め先の事業所で記入の上下記に証明をもらってください。			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 年 月 日			
大玉工業(株)			
保険代表者名 代表取締役 大玉一郎 ⑩			

【指定金融機関口座登録欄】

指定金融機関名	みちのく 安達	銀行・信金 信組・農協	玉井	本店・本所 支店 支所	口座番号	1	0	1	0	1	0	1
ふりがな 口座名義人	大玉太郎					口座種別	普通 総合 ()					