



		受給資格証番号	
受付	年 月 日	加入医療保険	国・社
決定	年 月 日	附加給付	有・無
交付	年 月 日	受給資格の適否	適・否

保護者	ふりがな		金融機関名	銀行・農協 信用金庫
	氏名			本店・支店 出張所
加入 医療 保険	加入者氏名		口座番号	
	記号・番号			
	名称		資格取得	年 月 日
	所在地		資格喪失	年 月 日
			再取得	年 月 日
対象 となる 子ども	ふりがな		附加給付内容	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	続柄			
	個人番号			

備考	
----	--

松伏町長 宛て

年 月 日

申請者

住所

氏名 TEL

【医療費の支給に係る同意欄】

以下について関係機関に照会することに同意します。

- 1 医療保険者に対し、高額療養費（世帯合算分を含む。）及び附加給付金の支給状況について照会を行うこと。
- 2 独立行政法人日本スポーツ振興センター及び教育委員会、学校法人、社会福祉法人等に対し、災害共済給付の対象となる医療費について照会を行うこと。
- 3 保険医療機関に対し、通院状況、保険点数及び一部負担額その他必要な情報について照会を行うこと。

氏名 _____