

決裁	市長	副市長	所長	課長	主幹・補佐	係長	係	受付	年 月 日
								伺	年 月 日
								決定	年 月 日
								登録	年 月 日
受給資格要否								発行	年 月 日
要・否 (理由)								加入保険	国保・社保
								附加給付	有・無

発行日	.	.	受領印	
-----	---	---	-----	--

乳幼児等医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

(あて先)
新宮市長

乳幼児等医療費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

住所 新宮市

申請者
(受給者)

電話番号 ()

氏名 ㊞

保護者 (受給者)	ふりがな		男女の別	生年月日	
	氏名		男・女	年 月 日生	
	住所	新宮市	(電話)	乳幼児との続柄	
	職業		勤務先		
乳幼児等	ふりがな		男女の別	生年月日	
	氏名		男・女	平成 年 月 日生	
	住所	新宮市			
加入医療 保険内容	記号	保険者名	附加給付	異動事由	台帳等の処理欄
			有・無	出生 転入 月日 その他	受給者証 発行台帳の入力
	番号				現物給付用台帳の入力
					償還給付用台帳の入力
		その他			
受給資格証の番号		和 A			受給者の住民コード
		和 B			
		和 C			

※ 対象乳幼児についての健康保険証を申請の際、その写しを添付して下さい。
 ※ 附加給付が有の場合には、家族療養費附加給付証明書【別紙】を添付して下さい。