

甲府市すこやか子育て医療費助成金受給資格取得申請書

(あて先) 甲府市長

助成方法		現物 ・ 償還		受給者番号			
有効期限		年 月末まで		申 請 日		令和 年 月 日	
申 請 者	保 護 者	フリガナ				小児との続柄	生 年 月 日
		氏 名		印			昭和・平成 年 月 日
		住 所		甲府市 (自宅) (携帯)		勤務先又は職業 (電話)	
小 児	フリガナ				性 別	男 ・ 女	
	氏 名				生 年 月 日	平成 年 月 日	
加 入 医 療 保 険	記号番号				資格認定日	年 月 日	
	被保険者 (世帯主) 氏 名				小児との続柄		
	保 険 者 名		甲府市 国民健康保険組合 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合		保 険 種 別	1国保・組回国保 2協会・組合健保 3共済組合 4医師国保 5歯科医師国保 6退職国保	
	保険者番号				種 別 番 号		
委 任 状		必要(添付あり ・ 送付依頼済 ・ 説明済)				不 要	
資格取得事由		1出生 2転入 3生保廃止 4障がい廃止 5その他 (年齢拡大) (異動日：令和5年 1月 1日)					
資格喪失事由		1転出 2生保開始 3障がい開始 4死亡 5その他 (異動日： 年 月 日)					
資 格 認 定		認定・却下(却下事由：)					
他 法 公 費							
備 考							
口 座		受付	入力	確認	封入		
既 ・ 添 ・ 未							