

養育医療給付申請書 (初回・転入)

(転入前市町村名：)

出生児の情報を記入してください。

受 療 者	ふりがな				男・女	生年 月日	R	年	月	日	
	氏名										
	個人番号										
	居住地 (住民票所在地)	〒 ー 須賀川市									
	現在地 (居住地と異なる場合)	〒 ー									
扶 養 義 務 者	ふりがな				受療との 続柄	父					
	氏名										
	生年月日				連絡先 電 話	ー ー					
	個人番号										
	居住地	〒 ー 須賀川市				職業	会社員				
	勤務先										
	勤務先所在地										
被 保 険 者 等 の 記 号 及 び 番 号	記号	番号	保険者番号								
				保険者等の 名称							
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関	名称				連絡先 電 話	ー ー					
	所在地										
上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 R 年 月 日											
住所 申請者 受療者との続柄 氏名											
申請者(扶養義務者)の方の名前を記入してください。											
須賀川市長											

出生児の父または母の情報を記入してください。

出生児が加入する保険の情報を記入してください。