

養育医療給付申請書

令和 年 月

高砂市長 様

申請者 〒 -

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生

電話番号 () -

本人との続柄 ()

本 人 <small>(未熟児)</small>	フリガナ		性 別	生年月日	令和 年 月 日	
	氏 名		男・女			
	個人番号					
	居 住 地	〒 -				
	現 在 地	病院内 ・ その他 (〒 -)				
扶 養 義 務 者	フリガナ		本人との 続 柄			
	氏 名					
	個人番号					
保 険 区 分 <small>(該当する番号に○)</small>	1 健保 2 国保 3 共済 4 生保					
被保険者証等の 記号及び番号	(記号)		(番号)			
保険者等の名称	(保険者番号)		(名称)			
希望する指定 養育医療機関	名 称					
	所在地					

※ この申請書に下記の書類等を添付のうえ、健康増進課へ申請してください。

- ①養育医療意見書（医師による記載が必要）
- ②世帯調書
- ③健康保険証（お子様が加入する予定の保護者のもの）
- ④印鑑

※以下は記入しないでください。

送付先	申請者住所・扶養義務者住所・その他 ()				
送付日	年 月 日	郵・手	階 層	受給者番号	