

養育医療給付申請書

年 月 日

高砂市長 様

申請者 〒 -

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

電話番号 () -

本人との続柄 ()

本人 (未熟児)	フリガナ		性 別			
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日	
	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 (該当する番号に○)		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	