

記入例

(事務所用)

養育医療給付申請書

公費負担者番								受給者番号									
本人	氏名	<small>ふくおか いちろう</small> 福岡 一郎						<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	令和 2年4月2日生								
	居住地	〒811-0000 〇〇市〇〇〇××-×						個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXX								
	現在地	※聖マリア病院の住所を記載する 久留米市津福本町422（聖マリア病院）															
扶養義務者	氏名	福岡 太郎						職業	会社員			本人との続柄			父		
	居住地	〒811-0000 〇〇市〇〇〇××-×						個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXX								
保険者等の名称		<input checked="" type="radio"/> 健保 国保 共済 生保 全国健康保険協会 福岡支部						被保険者証等の記号及び番号	記号 11111			番号 55					
指定養育医療機関	名称	聖マリア病院															
	所在地	久留米市津福本町422															
診療予定期間		令和 3年4月2日から 令和 4年4月1日まで ※養育医療意見書の「診療予定期間」を転記してください。															
この券の有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで															
自己負担額		A	B	C	D	月額			出生時 円 体重			g					

上記のとおり関係書類を添えて申請します。
 また、申請に係る書類審査のため必要な情報を取得し確認されることについて承認します。

令和 年 月 日
 申請者 住 所 〒811-0000
〇〇市〇〇〇××-×
 氏 名 **福岡 太郎**
 生年月日 **S 60年 1月 11日**
 本人との続柄 **父**
 宗 像 市長 殿

受付印