

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな	あさか さぶろう	男・女	生年月日	令和 3年 4月 1日	
	氏名	朝霞 三郎				
	住所地 (住民票所在地)	〒351-0011 朝霞市本町1-1-1	個人番号	00000000000000		
現在地 (住所地と異なる場合)	〒 お子さんが入る健康保険の被保険者名をご記入ください。					
扶養義務者	ふりがな	あさか たろう	本人との続柄	父		
	氏名	朝霞 太郎				
	居住地	〒351-0011 朝霞市本町1-1-1	電話番号	048-463-1111		
電話番号	048-463-1111	個人番号	11111111111111			
保険者証等の 記号及び番号	記号 10 番号 1234					
保険者等の名称	●●健康保険組合					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)	〒 336-091 埼玉県さいたま市緑区大字三室2460 さいたま市立病院					
備考						
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。						
申請者住所	〒 351-0011 朝霞市本町1-1-1					
本人との続柄	父 扶養義務者と同じ名前をご記入ください。					
申請者氏名	朝霞 太郎					
電話番号	048-463-1111					
令和 3年 4月 1日						
朝霞市長 宛て						
申請受付年月日				決定年月日		

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先を記入してください。