

青少年医療費受給資格認定申請書兼台帳

医療証番号											資格認定年月日				年	月	日	高校1年から高校3年相当年齢まで												
										申請事由				新規・転入・生保廃止・その他()																
(受給者) 青少年	ふりがな 氏名	年生　月　日生									男・女	住所																		
	保護者 氏名	青少年との続柄()									男・女																			
医療保険	保険種別	協・組・日 船・共・国				被保険者証の 氏名、記号・番号				氏名						記号						番号								
	保険者名					保険者番号									所在地						付加給付の有無				有・無					
上のとおり、青少年医療費受給資格認定を申請します。 年 月 日 保護者 住 所 みやこ町 氏 名 みやこ町長 様 電話番号																														
審査欄	判定 可 ・ 否		備考欄																											