

養育医療給付申請書

年 月 日

いわき市長 様

住所
 申請者 氏名
 生年月日 年 月 日
 受療者との続柄
 電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受 療 者 | ふ り が な 氏 名 | | | | | | | | | | | |
| | 性 別 | □ 男 □ 女 | | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号 | 記 号 | | | | | | | | | | | |
| | 番 号 | | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 等 の 名 称 | | | | | | | | | | | | |
| 希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | 電話番号 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 乳幼児医療費助成受給者番号 | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

備考 養育医療意見書及び世帯調書を添付してください。