


養育医療給付申請書					
本人	氏名 <small>ふりがな</small>	みなみえちぜん じろう 南越前 次郎	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	生年月日	令和元 年 4 月 1 日
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	〒 919-0292 南条郡南越前町東大道29-1			
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒 910-8526 福井市四ツ井2丁目8-1 福井県立病院			
扶養義務者	氏名 <small>ふりがな</small>	みなみえちぜん たろう 南越前 太郎	本人との続柄	父	
	居住地	〒 919-0292 南条郡南越前町東大道29-1			
	電話番号	0778-47-8007			
被保険者証等の記号及び番号		記号 123 番号 456 ←----			
被保険者等の名称		全国健康保険協会 福井支部 ←----			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>		〒 910-8526 福井市四ツ井2丁目8-1 福井県立病院			
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		〒 919-0292 南条郡南越前町東大道29-1			
本人との続柄		父			
申請者氏名		南越前 太郎 			
電話番号		0778-47-8007			
令和元年 4月 2日					
		南越前町長様			
健康保険被保険者証		記号123 番号 456 氏名 南越前 次郎 生年月日 令和元年4月1日 認定年月日 令和元年4月1日 0 1 2 3 0 0 1 0 保険者番号 保険者名称 全国健康保険協会 福井支部			
申請受付年月日		決定年月日			

入院中の場合は病院の住所、病院名

保険証に記載されている「記号・番号」と被保険者名称を転記してください。
 お子さんの者がお手元に無い場合は、お子さんを扶養する方の被保

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等を記入してください。