第1号様式（第4条関係）

| 登録の適否 | 加入保険 | |
|---|---|---|
| 適　　否 | 附加給付 | 有　　無 |

# 医療費助成対象者登録（変更）申請書

年　　月　　日

浪 江 町 長

申請者　　住　　所　浪江町大字

氏　　名　　㊞

電話番号

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 加 入 保 険 | 保険者番号 | | 保険者名 | |
| | 事 業 所 | 名　称 | | |
| | | 所在地 | | |
| 被 保 険 者（又は世帯主） | 氏　　名 | | 被保険者証　記号・番号 | － |
| | 住　　所 | 浪江町大字 | | |

| | 氏名（フリガナ） | 続 柄 | 生年月日 | 性別 | 被保険者資格取得年月日 | 避 難 先 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 対象者（加入者） | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 支払希望金融機関 | 金融機関名 | | 支 店 名 | |
| | 口 座 番 号 | | 口座名義（フリガナ） | |

附加給付に関する証明

当事業所においては、家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

| 給付内容 |
|---|
| |

一部負担金免除に関する証明

当事業所においては、次のとおり東日本大震災又はこれによる原子力災害の被災者に関し、一部負担金の免除措置を実施していましたが、現在は実施していません。

| | |
|---|---|
| 実施時期 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |
| 実施対象 | 1　東日本大震災の被災者 |
| （該当項目に〇） | 2　原子力災害の被災者（避難者） |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　　月　　日

事業所長名又は保険者名　　㊞

注　被保険者証（写し）を添付のこと。