様式第2号(第2条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格証交付台帳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格証番号 | 　 | 交付申請受理年月日 | ・　　　　　・ | 資格証交付(更新)、再交付年月日 | 受領印 |
| (ふりがな)世帯主等氏名 | 　 | 住所 | 電話番号 | ・　　　・ | 　 |
| 男・女 |
| ・　　　・ | 　 |
| 受給資格者 | 氏名 | 続き柄 | 生年月日 | 男女の別 | 同居別居 | 別 | 備考 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　・　・ | 男・女 | 同・別 | 　 | ・　　　・ | 　 |
| 　 | 　 | 　・　・ | 男・女 | 同・別 | 　 | ・　　　・ | 　 |
| 　 | 　 | 　・　・ | 男・女 | 同・別 | 　 | ・　　　・ | 　 |
| 　 | 　 | 　・　・ | 男・女 | 同・別 | 　 | ・　　　・ | 　 |
| 　 | 　 | 　・　・ | 男・女 | 同・別 | 　 | ・　　　・ | 　 |
| 　 | 　 | 　・　・ | 男・女 | 同・別 | 　 | ・　　　・ | 　 |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | 記号番号 | 社会保険名 | 名称・所在地 | 附加給付 | 口座振替金融機関等 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 金融機関の名称 | 預金の種類 | 口座番号 | 口座名義 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |