

子ども医療費受給者証交付申請書兼台帳

糸魚川市長 様

次のとおり受給者証の交付を申請します。
なお、受給資格確認のため必要があるときは、公簿等の確認をすることに同意します。

申 請 事 由		☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 他制度喪失 (年 月 日)		申請 年月日	年 月 日
申請者 (受給者)	ふ り が な			子どもとの続柄	父・母 ()
	氏 名			生年 月日	年 月 日
	住 所				
	電話番号				
子 ど も	ふ り が な			性別	男 ・ 女
	氏 名			生年 月日	年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 糸魚川市		出生 順位	第 子
子 ど も の 加 入 医 療 保 険	記号・番号	.	種 別	協会 健康保険組合 船員保険 共済組合 国保組合 市国保	
	認定年月日 (資格取得日)	年 月 日			
	被保険者 (世帯主) 氏名			保険者番号	
	保 険 者 名				
	保 険 者 住 所				

※市処理欄

受給者番号	
交付年月日 (窓口・郵送)	年 月 日