

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 (5年 10月 1日)		申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
申請者 (受給者)	ふりがな	いといがわ たろう		子どもとの続柄	Ⓕ・母 ()
	氏名	糸魚川 太郎		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	糸魚川市一の宮1丁目〇番〇号			
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
子ども	ふりがな	いといがわ ひめこ		性別	男 ・ Ⓕ
	氏名	糸魚川 姫子		生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	☒ 申請者と同じ ☐ 糸魚川市		出生順位	第 2 子
子どもの加入医療保険	記号・番号	糸魚川・012345		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)	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	被保険者 (世帯主)氏名	糸魚川 太郎		保険者番号	00150151
	保険者名	糸魚川市			
	保険者住所	糸魚川市一の宮1丁目2番5号			

※市処理欄

受給者番号	
交付年月日 (窓口・郵送)	年 月 日