

## 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。

申請事由		<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 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2番5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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 糸魚川市	出生順位	第 2 子
子どもの加入保険	<input checked="" type="checkbox"/> 添付の写しのとおり（被保険者証の写し添付あり）			
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険（被保険者証を添付した場合は記載不要）			
	記号-番号	—	種別	協会 健康保険組合 船員保険
	認定年月日 (資格取得日)	年 月 日		共済組合 国保組合 市国保
	被保険者 (世帯主)氏名		保険者番号	
	保険者名			
保険者住所				

(注) 申請の際は、子どもの健康保険証をお持ちください。

※市処理欄

受給者番号	
交付年月日 (窓口・郵送)	年 月 日