

## 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 type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 糸魚川市		出生 順位	第 子
子どもの 加入 保険	<input 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