

保険証

出生・転入・保険加入・在留資格取得・小・中・市単

所得

受給者番号	
-------	--

様式第1号(第6条関係)

子ども医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

磐田市 市長

申請者 住所 磐田市
 (保護者) 氏名



下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、この制度を利用するために必要な個人情報について、公簿等により調査されることに同意します。

記

受給者 (子ども)	ふりがな											男・女
	氏名	(第 子)						生年 月 日	年 月 日			
	区分	乳幼児・小学児童(小学校 年)・中学児童(中学校 年)										
保護者	住所	〒 磐田市 (電話番号)										
	氏名	個人番号:				こども との続柄						
主たる生計 維持者(注)	住所	〒 (電話番号)										
	氏名					こども との続柄						
加入 医療保険	保険の種類	協会けんぽ ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保										
	保険者名	添付書類のとおり										
	保険者 所在地	(TEL)										
	被保険者氏名											
	被保険者証	記号					番号					
口座振込先	金融機関名											
	口座番号					口座名義 カタカナ						

(注) 主たる生計維持者が保護者と相違する場合は記載してください。