

子ども医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(申請者)住所.....岡崎市十王町2丁目9番地.....

氏名.....岡 崎 太 郎.....印
(電話 局 番)

次のとおりですので、子ども医療費受給者証を交付してください。

なお、今後、助成を受ける医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、次の加入医療保険に対し、市が保険給付の支給状況を確認することに同意します。

子 ど も	フリガナ	オカザキ ハナ										
	氏 名	岡 崎 花										
	生 年 月 日	平成		年		月		日				
加 入 医 療 保 険 者	記 号 番 号	1 2 3		4 5 6 7 8								
	被保険者又は 組合員の氏名	岡 崎 太 郎						子どもとの 続 柄		父		
	資 格 取 得 年 月 日	平成		年		月		日				
	保 険 者	所 在 地	名古屋市中区三の丸3丁目1番2号									
		名 称	健康保険組合									
	番 号	6	1	2	3	4	5	7	8			
	受 給 者 番 号						資格取得日		平成		年 月 日	

- 注1 資格取得年月日は、子どもが被扶養者となった年月日です。
2 この申請書には、被保険者証、組合員証又は日雇特例被保険者手帳を添付してください。
3 印欄は、記入しないでください。

本書により交付してよろしいでしょうか。

起案	年 月 日	班長	主任主査	担当	電 算	受給者証	統計区分	保 険
決裁	年 月 日							
施行	年 月 日							