

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.....

氏名.....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								
	氏名								
	生年月日	平成	年	月	日				
加 入 医 療 保 険 者	記号番号								
	被保険者又は 組合員の氏名					子どもとの 続柄			
	資格取得 年月日	平成	年	月	日				
	保 険 者	所在地							
		名称							
	番号								
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							