

## 子ども医療費受給者証交付申請書

妙高市長 宛て

次のとおり受給者証の交付を申請します。

	申請年月日	年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 他制度喪失（ 月 日）	
申請者 (保護者)	ふりがな			子どもとの続柄	
	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	妙高市			
	連絡先 電話番号	自宅 携帯			
子ども		ふりがな 氏名	生年月日	住所	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 妙高市	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 妙高市	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 妙高市	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 添付の写しのとおり		被保険者証の写し貼付		
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険（被保険者証を添付した場合は下記記載不要）				
	保 険 者 名	妙高市 全国健康保険協会 共済組合 支部 健康保険組合 国民健康保険組合			
	保険者番号				
	被保険者証の記号番号		記号		
			番号		
被保険者氏名					

※市役所処理欄

受給者証
月 日 窓口交付・郵送交付