

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 氏名			子どもとの続柄		
				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"/> 添付の資格情報が分かる書類の写しのとおり					
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険 (資格情報が分かる書類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					
	資格情報が分かる書類の 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
