別記様式第1号の2（第2条関係）

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	令和　　年　　月　　日	申請理由	□出生　□転入　□他制度喪失（令和　　年　　月　　日）		
申請者（保護者）	ふりがな 氏　名		㊞ （自署した場合は押印不要）	子どもとの続柄	父・母・（　　）
				生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
	住　所	〒 妙高市		電話番号 連絡先	自宅 携帯（父・母）

子ども	ふりがな 氏　名	生　年　月　日	性別	住　所
		平成 令和　　年　　月　　日	男 女	□申請者と同じ □妙高市
		平成 令和　　年　　月　　日	男 女	□申請者と同じ □妙高市
		平成 令和　　年　　月　　日	男 女	□申請者と同じ □妙高市
		平成 令和　　年　　月　　日	男 女	□申請者と同じ □妙高市

子どもの加入医療保険				
	□添付の写しのとおり	被保険者証の写し貼付		
	□加入医療保険（被保険者証を添付した場合は記載不要）			
	被保険者 氏　名		被保険者証 の記号番号	記号　　番号
	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	

※市役所処理欄

受給者証 月　日	窓口交付 郵送交付