こども医療費受給者証（交付・更新）申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　給　者（こ ど も） | 氏名 | フリガナ | 住所 |  |
|  |
| 生年月日　　　　　　　年　　月　　日 |
| 保　護　者 | 氏名 |  | 住所 |  |
| （続柄　　　　） |
| 加入医療保険 | 被保険者氏　　名 |  | 受 給 者との続柄 |  | 住所 |  |
| 保険種別 | 協・組・日・船・共・国 | 被保険者等記号・番号 |  | 資　格取得日 |  |
| 保険者の名　　称 | 保険者番号 | 所在地 |  |
| 申請事由 | １　要綱第２条に該当するため２　転入してきたため３　医療保険に新たに加入したため４　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　）　（交付事由発生年月日　　　　年　　月　　日） |
| 上記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所　新温泉町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新温泉町長　　様　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　　　　　　　　　　　　　） |