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    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（℡　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |