

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 (TEL)							