

㊦ 子どもの医療費受給者証交付申請書

受給者	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	南魚沼市 電話 ()		子どもとの 続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()
子ども	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	住所 <small>(受給者と違う場合)</small>		出生順位	第 子	
	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	住所 <small>(受給者と違う場合)</small>		出生順位	第 子	
	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	住所 <small>(受給者と違う場合)</small>		出生順位	第 子	
加入健康保険	<input type="checkbox"/> 添付のとおり (健康保険証の写しを添付した場合記入不要)				
	記号・番号	記号	番号	保険者名	
	被保険者氏名		保険者番号		
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;">申請者氏名</div> (あて先) 南 魚 沼 市 長					

- ※ 1 申請の際には必ずお子さん (または加入予定) の保険証を持参してください。
 2 申請者は太枠の中を記入してください。

理由 ・ 出生 ・ 転入 ・ 他制度からの移行 ・ その他 ()	受付者	
処理欄 ・ 郵送してください ・ 証交付済み ・ その他 ()		
備考		

社・国、人