

子 子どもの医療費受給者証交付申請書

受給者	氏名											生年月日	昭和 平成			年	月	日
	住所	南魚沼市										子どもとの続柄			☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 ()			
	個人番号																	
子ども	ふりがな											性別	男 ・ 女					
	氏名											生年月日	平成 令和			年	月	日
	個人番号																	
	ふりがな											性別	男 ・ 女					
	氏名											生年月日	平成 令和			年	月	日
	個人番号																	
	ふりがな											性別	男 ・ 女					
	氏名											生年月日	平成 令和			年	月	日
個人番号																		
加入健康保険	☐ 添付のとおり ☐ 情報照会（＊出生による申請で被保険者と受給者が異なる場合は記入）																	
	記号・番号	記号	番号					保険者名または 保険者番号										
	*被保険者氏名											取得年月日						
	*住所											*生年月日						
	*個人番号																	
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 (あて先) 南 魚 沼 市 長																		

※ 1 申請者は太枠の中を記入してください。
 2 申請の際には必ずお子さん（新生児は加入予定）の健康保険情報のわかる書類を持参してください。

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	人					