

こども医療費受給者証交付申請書

		受給者番号			
こども	フリガナ				性別
	氏名	()			<input type="checkbox"/> 男 * <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日			
助成対象者	住所	〒		電話	
	フリガナ				こどもとの続柄
	氏名	()			
	生年月日	年 月 日			
	勤務先	事業所名			電話
所在地					
加入医療保険	被保険者氏名				
	保険の種類	国保 * 協会けんぽ * 組合健保 * 共済組合健保 * 船員健保 * 任意継続			
	被保険者証	記号		番号	
	保険者名			保険者番号	

(注) この申請書を提出するときは、健康保険被保険者証を提示してください。

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。なお、当該受給者証に基づく助成金の申請に関し、税務情報その他助成金の支給に必要な情報を市が調査することについて同意します。

(宛先) 富士市長

年 月 日

不備依頼
<input type="checkbox"/> 加入医療保険
<input type="checkbox"/> 同意書

住所 富士市

申請者

氏名
