

子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	フジ ハナコ			性別
	氏名	( 富士 花子 )			<input type="checkbox"/> 男 * <input checked="" type="checkbox"/> 女
	生年月日	○年 ○月 ○日			
助成対象者	住所	〒417-0055 富士市永田町1-100 ○○アパート101号		電話	51-0001 または 090-1234-1111
	フリガナ	フジ タロウ			こども との続柄
	氏名	( 富士 太郎 )			
	生年月日	○年 ○月 ○日			
	勤務先	事業所名	(株) ○○○		電話
所在地		わかる範囲で記入してください。			
加入医療保険	被保険者氏名	富士 太郎			
	保険の種類	国保 * 協会けんぽ * <u>組合健保</u> * 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	○○健康保険組合		保険者番号	06××××××

(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。

上記のとおり子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

加入医療保険

同意書

住所 富士市 永田町1-100

申請者

氏名 富士 太郎