

子

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）三条市教育委員会

住所
受給申請者
氏名

次のとおり受給者証の交付を申請します。

なお、私（受給申請者）は子ども医療費受給者の交付要件確認のために必要があるときは、この申請書の記載事項について、教育委員会が公簿又は関係機関に確認することについて同意します。

対象の子ども	ふりがな			生年月日		
	氏名					
	住所			出生順位	第 子	
受給申請者	ふりがな			生年月日		
	氏名					
	住所	電話番号 ()			対象の子どもの続柄	
	職業		勤務先	電話番号 ()		
	緊急連絡先 ※常時連絡が可能な連絡先	氏名	電話番号 ()		対象の子どもの続柄	
対象の子どもの加入医療保険	記号・番号	記号	番号			
	協・組（一般・退職）・船・共・国保					
	被保険者（世帯主）氏名					
	資格取得年月日					
	保険者名・番号	名称	番号			
	保険者住所					
	負担割合	割				

（注） 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

受給者番号	
-------	--