

子		子ども医療費受給者証交付申請書		
(宛先) 三条市教育委員会 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 住 所 三条市 受給申請者 氏 名 </div> <p>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。</p>				
対象の子ども	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
受給申請者	住 所	三条市		出生順位
	職 業	勤務先	電話番号 ()	
緊急連絡先 <small>※常時連絡が可能な連絡先</small>	氏名	電話番号 ()	対象の子ども もとの続柄	
対象の子どもの加入保険	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) 保険証の提示又は保険証のコピーを提出してください。