

中央市長 様

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

次のとおり子ども医療費助成金受給資格者証の交付を申請します。

申請日		令和 年 月 日				
申請者 (保護者)	フリガナ	※受給者証に記載する保護者名を記入してください			子ども との続柄	印
	氏名					
	住所	中央市	生年 月日	昭和・平成 年 月 日		
	電話	— —				
	勤務先 又は職業	電話 — —				
子ども	フリガナ	男・女	生年 月日	平成 令和 年 月 日		
	氏名					
加入 保険	保険証 記号番号	記号	番号	資格取 得認定 年月日	平成 令和 年 月 日	
	被保険者 (世帯主)氏名					
	保険者名	国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部 他				
	保険種別	国保・社保(協・組・共・他)				
	保険者(証) 番号					
指定口座	金融機関名	本・支店	口座 種別	口座番号	カナ名義 口座名義人	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所	普通 当座			
備考						