

※市記入

受給者番号

こども 医療費受給者証交付申請書

裾野市長様

令和 年 月 日

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、静岡県の補助金の交付を受けるため、

所得状況また助成のための関係機関への確認に同意します。

住所： 裾野市

申請者

氏名：

記

受給者 (お子様)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	平成・令和	年	月 日
	マイナ保険証 の利用(予定)	有・無	個人番号 (有の場合)	
保護者	住所	裾野市 ☐ 申請者と同じ		
	氏名	☐ 申請者と同じ		
	電話番号	— —		
	お子様との 続柄	父 ・ 母 ・ その他()		
加入(予定)医療保険	(以下については、受給者の個人番号記入もしくは 医療保険の資格がわかるもののコピー添付等により記入省略可)			
	被保険者氏名			
	被保険者等 記号・番号	記号		番号
	保険者名	☐ ()健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ()支部 ☐ ()国民健康保険組合 ☐ ()共済組合()支部 ☐ 裾野市国保 ☐ その他()		
	保険者番号			
	加入年月日	年 月 日		

※市記入

発行済 スタイ (出生のみ)