

子ども医療費受給者証交付申請書

豊 明 市 長 殿 年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電 話

次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、申請にあたり豊明市個人情報保護条例第10条第2項の規定に基づき、課税台帳、戸籍に記載された個人情報の収集に同意します。

フリガナ			生 年 月 日
子ども氏名		男 女	
医 療 保 険	被保険者氏名 (又は組合員氏名)	フリガナ	子どもとの続柄
	被保険者住所		
	資格取得日 または 扶養認定日	年 月 日	
	保険種別	記号番号	
	保険者の番号	保険者の 名称	
	附加給付の 有 無	有 無	
整理番号		受給者番号	