

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証交付申請書

受給者 (こども) (※1)	住所	〒														
	※特記事項															
	ふりがな															
	氏名						生年月日	年 月 日				男	第			
	個人番号										女	子				
保護者 (対象者)	住所	〒 (TEL)														
	氏名										こどもの 続柄					
	個人番号															
加入 医療保険 (※2)	保険の種類	協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保														
	保険者名															
	保険者所在地	(TEL)														
	被保険者氏名															
	被保険者証	記号						番号								

(※1) 受給者が町外在住の場合は住民票、学生証の写しを添付してください。

(※2) 受給者の保険証の写しを添付してください。

(※特記事項) 町外在住、就労、既婚など、特記事項をご記入ください。

申請日 年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

上記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、医療保険各法で定められた高額医療費に該当するときは、保険者への請求及び受領について函南町長に委任します。

また、函南町がこども医療費補助に係る事務のため、私の所得状況、国民年金加入状況、児童手当受給状況及び他制度による医療費補助状況について、公簿等を確認することに同意します。

申請者（保護者） 氏名

Ⓜ