

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

稲沢市長 殿

住 所

申請者

氏 名

電話番号（ ） -

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

受給資格者	住 所								
	ふりがな							性別	男・女
	氏 名								
子ども	ふりがな							性別	男・女
	氏 名								
	生年月日	年	月	日					
加入医療保険	被保険者氏名								
	保険者番号							被保険者証 記号・番号	
	保険者名称	全国健康保険協会 支部 健康保険組合 共済組合 日本私立学校振興・共済事業団 (支部)							
		保険者の所在地						電話番号	
※審査							※受給者番号		
注 ※印欄は記入しないでください。									

備考 用紙の大きさは日本産業規格A4とする。