

子ども医療費受給者証交付申請書

＜児童＞

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所		出生順位	第	子	

＜児童の加入医療保険＞

種類	国保 ・ 社保（協会けんぽ ・ 健保組合 ・ 国家共済 ・ 地方共済 ・ 船員）					
被保険者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		個人番号			
	住所	□児童と同じ（記入不要）		続柄	児童から見て	

＜受給申請者＞（保護者）

（宛先）見附市長		（申請日）		年	月	日
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 また、この申請及び医療費助成を受けることに関し、私、児童及び児童の加入する医療保険の被保険者について、公簿等の確認や関係機関に必要な調査をされることに同意します。						
フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名	署名	電話番号	—	—		
住所	□児童と同じ（記入不要）		続柄	児童から見て		

