

こども医療費受給者証交付申請書

			受給者番号				
こども	フリガナ		フジ ハナコ			性別	
	氏名		(富士 花子)			☐ 男 * ☒ 女	
	生年月日		○ 年 ○ 月 ○ 日				
助成対象者	住所		〒417-0055 富士市永田町1-100 〇〇アパート101号		電話	51-0001 または 090-1234-1111	
	フリガナ		フジ タロウ		こども との続柄	父	
	氏名		(富士 太郎)				
	生年月日		○ 年 ○ 月 ○ 日				
	勤務先	事業所名		(株) 〇〇〇	電話	××-××××	
		所在地		わかる範囲で記入してください。			
加入医療保険	被保険者氏名		富士 太郎				
	保険の種類		国保 * 協会けんぽ * 組合健保 * 共済組合健保 * 船員健保 * 任意継続				
	被保険者等		記号	△△	番号	×××	
	保険者名		〇〇健康保険組合		保険者番号	06××××××	

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、当該受給者証に基づく助成金の申請に関し、税務情報その他助成金の支給に必要な情報を市が調査することについて同意します。

(宛先) 富士市長

○ 年 ○ 月 ○ 日

不備依頼

☐ 加入医療保険

☐ 同意書

申請者

住所 富士市 永田町1-100

氏名 富士 太郎