

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

厚岸町長 様

(保護者) 住所
氏名 印
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者	ふりがな		住所		
	氏名				
	男女	年 月 日生			
	TEL()				
個人番号					
受 給 者 の 状 況	受 給 者 名	ふりがな			
		氏名			
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)	
	個 人 番 号				
	保 護 者 と の 続 柄				
	保 護 者 と の 同 居、別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	
	父 の 氏 名				
母 の 氏 名					
加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国	記号番号	付加 給付	有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名		所 在 地		
添 付 書 類	※ この申請に当たっては、「被保険者証」を添えること。				