

㊦ 子ども医療費受給者証交付申請書						
受給者	ふりがな				性別	男 ・ 女
	氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日
	個人番号					
	住所	魚沼市 電話番号			子どもとの 続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()
子 ど も	受給者番号				性別	男 ・ 女
	ふりがな					
	氏名				生年月日	平成 令和 年 月 日
	個人番号					
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ			出生順位	第 子
	受給者番号				性別	男 ・ 女
	ふりがな					
	氏名				生年月日	平成 令和 年 月 日
	個人番号					
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ			出生順位	第 子
	受給者番号				性別	男 ・ 女
	ふりがな					
氏名				生年月日	平成 令和 年 月 日	
個人番号						
住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ			出生順位	第 子	
健康 加入 の 保 険	記号番号	記号	番号	協会・組合・船員・共済・国保		
	被保険者 (世帯主)氏名			保険者番号		
				保険者名		
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 あわせて、子ども医療費助成のため、公簿等の閲覧を承諾します。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: right;">申請者</div> 魚沼市教育委員会 様						

(注) 申請の際は必ず子ども(または加入予定)の加入医療保険資格情報が分かる書類を持参のこと。

(処理欄)

異動年月日	年 月 日	受付年月日	令和 年 月 日
異動事由	・出生 ・転入 ・他制度から移行() ・その他()		受付者 証交付 <input type="checkbox"/>