

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

清水町長 様

申請者 住 所
 (保護者) 氏 名 (※)
 電 話

※申請者が自署しない場合は、押印が必要です。

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

また、清水町が個人番号を利用した情報連携又は公簿等により、下記受給者のこども医療費助成事務手続のために必要となる個人情報进行调查することに同意します。

記

受給者 (こども)	住 所	(保護者と別居の場合記入)			
	ふりがな		生年 月日	年 月 日	
	氏 名				
	個人番号				
	婚姻状況	未婚・既婚	配偶者氏名		
保 護 者	住 所	(電話)			
	氏 名		こども との続柄		
加入(予定) 医療保険	保険の種類	協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保			
	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
	保 険 者 所 在 地	(電話)			
	被 保 険 者 氏 名		※国保の場合生計維持者		
	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記号		番号	

※ 個人番号を記入しない場合は、受給者の資格確認書等の提示をしてください。