

子ども医療費受給資格証交付申請書

子ども医療費受給資格の認定を受けたいので申請します。
 子ども医療費受給資格証交付要件確認のため、公簿等により受給資格者及び子どもの住民登録状況等を確認されることに同意します。

助成対象子ども	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名		年齢			歳
	住所	①出雲市				
（主たる受給資格者 生計中心者）	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所	□①と同じ			助成対象子ども との続柄	
	電話番号	() -				
加入保険	被保険者氏名		助成対象子どもの 健康保険被保険者証のコピー貼り付け欄			
	被保険者証の 記号番号					
	保険種別	協・組・船・共・国 附加給付の有無有・無				
	保険者名					
資格証交付申請事由			1. 助成対象となったため 2. 転入してきたため 3. その他 () (交付事由発生年月日：令和 年 月 日)			
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者 <input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ 住所 氏名 出雲市長 様 電話番号 (-)						
受付 <input type="checkbox"/> 保険証確認 協・組・船・共・国						

受付	照合