

記入例

様式第1号(第2条関係)

決					担 当 者	受 付	年 月 日
裁						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
受給資格 の判定	適				否(理由)		
種 別	入院()				通院()		

子ども医療費受給者証交付申請書												
受給申請者	ふりがな	さど たろう			性 別	男・女						
	氏 名	佐渡 太郎			生年月日	平成 2年 3月 4日						
	住 所	佐渡市千種232			子どもとの続柄	父						
	職 業	会社員	勤務先	◇◇◇◇(株)		電話	〇〇-〇〇〇〇					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
子ども	ふりがな	さど はなこ			性 別	男・女						
	氏 名	佐渡 花子			生年月日	R 6年 5月 4日						
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給申請者と同じ										
	個人番号	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
加入 保 険	記 号 番 号	12345678 910										
	保 険 種 別	協会・組・船・共・国保					協会・組・船・共・国保					
	被保険者(世帯主)氏名	佐渡 太郎										
	保 険 者 名	全国健康保険協会 新潟支部										
	保 険 者 住 所	新潟市中央区東大通2-4-4										
	負 担 割 合	〇割										
上記のとおり受給者証の交付を申請します。												
<div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;"> 就学前は2割 就学後は3割 </div>												
R 6年 5月 10日												
住 所 佐渡市千種232 申請者 氏 名 佐渡 太郎												
佐渡市長 様												

(注)

- 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
- 2 申請の際必ず加入医療保険の資格情報が分かる書類等を持参のこと。

3 申請者は、太枠欄を記入しないこと。