

様式第1号(第2条関係)

決 裁					担 当 者	受 付	年 月 日
						伺 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				性 別	男 ・ 女			
	氏 名				生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	電 話			子どもとの続柄				
	職 業		勤 務 先	電 話					
	個 人 番 号								
子 ども	ふりがな				性 別	男 ・ 女			
	氏 名				生 年 月 日	年 月 日			
	住 所	□受給申請者と同じ							
	個 人 番 号								
加 入 保 険	記 号 番 号								
	保 険 種 別	協会 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国保				一般 ・ 退職			
	被保険者(世帯主)氏名								
	保 険 者 名								
	保 険 者 住 所								
	負 担 割 合								
上記のとおり受給者証の交付を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 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。