

記入例

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者 住 所 岩倉市栄町〇丁目△番地

氏 名 岩倉 太郎

電話番号 0587-38-5833

対 象 者	住 所	岩倉市栄町〇丁目△番地			
	フリガナ	イワクラ タロウ			
	氏 名	岩倉 太郎		子どもとの 続柄	父
	職 業				
子 ど も	住 所	岩倉市栄町〇丁目△番地			
	フリガナ	イワクラ ハナコ		生 年 月 日	
	氏 名	岩倉 花子		令和〇年△月□日	
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		続柄	住所	
	被保険者証 の記号番号			附加給付 無	有・無
	被保険者証 発行機関名			所在地	
交 付 事 由	1 出生 2 転入 3 その他( )				受給者番号
	(交付事由発生年月日 年 月 日 )				
備 考					

ここには何も記入しないでください。