|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | 男・女 | |  | | | | | |
|  | | | | |
| 子どもとの続柄 | | | |  | |
| 職業 |  | | | | | | | | | | | | |
| 子ども | 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  氏名 |  | | | | | 男・女 | | 生年月日 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| 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 | |  |  | | | | | | | | 附加給付等の有無 | | 有・無 |
| 被保険者証発行機関名 | | ＜保険者番号　　　　　　＞ | | | 所在地 | | | |  | | | | |
| 交付事由 | 1　出生　　2　転入　　3　その他(　　　　　)  (交付事由発生年月日　　　　　年　月　日　　) | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | |
|  | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | |