

様式第2号(第3条関係)

子ども医療費受給者証交付申請書

豊明市長 殿

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

電 話

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、申請にあたり個人情報の保護に関する法律第69条第2項の規定に基づき、課税台帳、戸籍に記載された個人情報の収集に同意します。

フリガナ			生 年 月 日	
子ども氏名		男 女		
医 療 保 険	被保険者氏名 (又は組合員氏名)	フリガナ	子どもとの続柄	
	被保険者住所			
	資格取得日 または 扶養認定日	年	月	日
	保険種別		記号番号	
	保険者の番号		保険者の 名称	
	附加給付の 有 無	有 無		
	整理番号		受給者番号	