

子ども医療費受給資格者認定申請書

年 月 日

(宛先) 江別市長

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
個人番号
対象者との続柄
電話番号

下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

この申請及び今後の更新並びに医療費の受給等に関し必要がある場合には、私、私の属する世帯の世帯主及び世帯員並びに主たる生計維持者の所得等の状況について調査することに同意します。

記

		受 給 者 番 号					
申 請 内 容	対 象 者	フリガナ	住所				
		氏 名					
		個人番号					
		生年月日				年	月
	医 療 保 険	保険者名		記号		番号	
保険者番号			被保険者		付加 給付	有 ・ 無	

※単身赴任等により被保険者又はその配偶者と対象者が別の住所になっている場合は、別居先の住所等を記入してください。

フリガナ		生 年 月 日	年	月	日
氏 名					
住 所					

認定事由	認定年月日
	年 月 日
備 考	