坂 井 市 長 殿

令和 年 月 日

申請者 (保護者) <u>氏名</u>

子ども医療費受給資格認定申請書

	下記のとお	おり子ども医療費受給資格の認定を申請します。	0	
子ども	ふりがな		平成・令和 年 月 日生	
	氏 名		性別 (男・女)	
	ふりがな		第 子 平成・令和 年 月 日生	
			性別 (男・女)	
	氏 名		第 子 平成・令和 年 月 日生	
	ふりがな			
	氏 名		性別 (男・女)	
	ふりがな		第 子 平成・令和 年 月 日生	
			性別 (男・女)	
	氏 名		第 子	
保護者	ふりがな	E	第 子 昭和・平成 年 月 日生(男・女)	
	氏 名		続柄 父 ・ 母 ・ その他(
	- - -	・ ⁻¹		
住	- 坂井市			
所		連絡先面		
l				
送仕	〒 –			
送 付 先	Τ −		連絡先面	
付		01 国民健康保険 02 退職	連絡先面 03 国民組合保険 04 全国健保協会	
付 先 子 子 ど	〒 - 種 類			
付先子どもの	種類	06 組合管掌健保 07 船員保険	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者	
付先 子どもの加入	種類保険者	06 組合管掌健保 07 船員保険 保険	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者 者	
付先 子どもの加入健	種類	06 組合管掌健保 07 船員保険 保険	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者	
付先子どもの加入健康保	種 類 保険者 名 称 被保険者証	06 組合管掌健保 07 船員保険 保険 番 · 組合員証 和 元 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者 者 号	
付先子どもの加入健康	種 類 保険者 名 称	06 組合管掌健保 07 船員保険 保険 番 · 組合員証 和 元 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五 五	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者 者	
付先子どもの加入健康保	種 類 保険者 名 称 被保険者証	06 組合管掌健保 07 船員保険 保険 ・組合員証 よび氏名 記号 番号 銀行 本店営業部 1	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者 者 号 氏名	
付先 子どもの加入健康保険 振	種 類 保険者 名 称 被保険者証	06 組合管掌健保 07 船員保険 ・組合員証 よび氏名 記号 番号 銀行 信金 本店営業部 支店 1 普 2	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者 者 号 氏名	
付先 子どもの加入健康保険	種 類 保険者 名 称 被保険者証	06 組合管掌健保 07 船員保険 ・組合員証 よび氏名 記号 番号 銀行 信金 本店営業部 支店 1 普 2	03 国民組合保険 04 全国健保協会 08 共済組合保険 09 後期高齢者 者 号 氏名	

提示書類

(コード:

- 1 子どもの名前が記載されている健康保険証
- 2 保護者(申請者)の口座が確認できるもの(通帳等)

(コード:

3 国民健康保険・全国健保協会以外の被保険者および組合員は附加給付内容確認書

※資格取得日および	年 月	目
資格取得理由	出生 ・ 転入 ・ その他()

受付者印