

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

上野原市長 様

年 月 日

有効期間		年 月 日 まで			
申請者 (保護者)	フリガナ氏名			子どもとの続柄	
	住所	上野原市		生年月日	年 月 日
	勤務先又は職業	電話 ー			
子ども	フリガナ氏名	-----		男・女	生年月日 年 月 日
	記号番号	-----		資格取得	年 月 日
加入保険	被保険者(世帯主)氏名				
	保険者名	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・他 名称()			
	保険種別	国保・社保(政・組・共・他)			
	保険者番号				
指定口座	金融機関名			支店名	口座種類 普通当座
	口座番号	フリガナ		-----	
		口座名義人		-----	
備考	年 月 日交付 年 月 日再交付				

注

- 1 太枠内を記入してください。
- 2 記名押印に代えて、署名とすることができます。