

子ども医療費（受給資格登録）申請書
 子ども医療費（受給資格証交付）申請書

年 月 日

（宛先）えびの市長

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	印 (子どもとの続柄)
	個人番号	()
	電話	()

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、下記のとおり子ども医療費受給資格の登録及び子ども医療費受給資格証の交付を申請します。

記

子ども	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	
	氏名			年 月 日	
医療保険	住所				
	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組			
	被保険者証等の記号・番号				
	保険者名				
	附加給付	有・無			
資格取得年月日					
備考					