

子ども医療費（受給資格登録）申請書
（受給資格証交付）

年 月 日

（宛先）えびの市長

申 請 者 (保護者)	住所	
	氏名	(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		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所		
医 療 保 険	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	年 月 日	
備 考			