

様式第1号(第6、第7関係)

受給者番号	
-------	--

こども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

あて先 川根本町長

住 所

申請者(保護者) (電話番号 )

氏 名

下記のとおり、こども医療費受給者証の交付を申請します。

記

受給者 (こども)	ふりがな				
	氏名		生年 月日	年 月 日生	
保護者	住所	〒			
		(電話番号 )			
	氏名		こども との続柄		
加入 医療保険	保険の種類	協会・組合・共済・船員・国保			
	保険者名				
	保険者所在地	(電話番号 )			
	被保険者氏名				
	被保険者証	記号		番号	
口座振込先	金融機関名				
	口座番号	普通 当座	口座名義		