様式第２（第３条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

令和　　年　　月　　日

犬　山　市　長

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号（　　－　　－　　）

下記のとおり関係書類を添えて子ども医療費受給者証の交付を申請します。

受給者	住　　所			
	フリガナ		生年月日	
	氏　　名		昭和 平成	年　　月　　日
	個人番号		子どもとの続柄	
子ども	住　　所			
	フリガナ		生年月日	
	氏　　名		平成 令和	年　　月　　日
	個人番号			
保険の加入状況	被保険者	住所		
		氏名	受給者との続柄	
	被保険者証の記号番号	記号	番号	
	保険者名	国民健康保険・国民健康保険組合 全国健康保険協会・健康保険組合 共済組合・（　　）		
		支　　部		
	保険者番号		附加給付	有・無

備考	受給者番号	3	1	6							受付印

受給資格	平成 令和　　年　　月　　日		事務処理	受付	確認	システム
	理由	出生・転入・その他（　　）				
	証交付	窓口　　年　　月　　日		郵送　　年　　月　　日		