

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先)愛西市 長

申請者 住 所

氏 名

電 話 ( ) —

対 象 者	住 所							
	ふりがな				年 月 日生			
	氏 名				子どもとの続柄			
	職 業							
子 ど も	住 所							
	ふりがな				生 年 月 日			
	氏 名				年 月 日生			
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			続 柄		住 所		
	被保険者証 の記号番号				附加給付 等の有無		有・無	
	被保険者証 発行機関名	< 保険者番号 >			所在地			
交 付 事 由	1 出生 2 転入 3 その他( )					受給者番号		
	(交付事由発生年月日 年 月 日)							
備 考	高額療養費に該当した場合には、医療費の自己負担分を支払う愛西市が受け取ることに同意します。 年 月 日 氏名							