

第2号様式(第3条関係)

個人番号※		受給者番号			
子ども医療費受給者証交付申請書 年 月 日 蒲 郡 市 長 殿 住所 申請者 氏名 電話 () 次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。 なお、子ども医療費受給者証の交付に必要な関係公簿を調査すること及び医療費が高額療養費又は附加給付に該当する場合、保険者に対して保険給付の支給状況を確認すること、並びに保険者から直接高額療養費が支払われた場合、蒲郡市に当該金額を返還することに同意します。					
受給資格者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	ふりがな 氏名	年 月 日生 子どもとの続柄		
子ども	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者に同じ			
	ふりがな 氏名	年 月 日生		
保険の加入状況	被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者に同じ		
		氏名	<input type="checkbox"/> 受給資格者に同じ 子どもとの続柄()		
	記号・番号	記号	番号	枝番	
	保険者の称	保険者番号		附加給付	有・無
	保険者の住所				
備考	取得年月日	出生 転入 生保廃止 資格取得			

※出生による申請の場合は受給資格者の個人番号を、転入等による申請の場合は子どもの個人番号を記載