

(第2条関係)

子ども医療費受給資格証交付申請書

(宛先) 上越市長

次のとおり受給資格証の交付を申請します。

①申請年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入(月 日) <input type="checkbox"/> 他公費喪失(月 日) <input 2"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td rowspan="/> ② 保護 申請 者				ふりがな 氏名			子との続柄	父・母・()
	(署名または記名押印)		申請者の生年月日: 年 月 日							
	住所	上越市		電話番号	自宅 () 携帯 () (父・母)					
③ 子 ど も	ふりがな 氏名	生年月日	性別	続柄	受給者番号					
		年 月 日	男女	第__子						
		年 月 日	男女	第__子						
		年 月 日	男女	第__子						
④ 加入 医療 保険	種類	国保・社保		被保険者氏名:	(子との続柄:)					
	保険者名	上越市 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 支部								

※太枠内を記入してください。

※記載された個人情報、子ども医療費助成事業に関する業務以外には使用しません。

保加 険入 詳医 細療	保険記号・番号	記号	番号
	保険者番号		加入日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 情報連携確認済 <input type="checkbox"/> マイナポータル確認済 <input type="checkbox"/> その他()		

受付者()
入力()
資格証(窓・郵 /)

事務処理欄		
妊産婦医療費受給者証処理欄		
持参	証期間の変更	<input type="checkbox"/> 出生パック <input type="checkbox"/> 出生連絡票 <input type="checkbox"/> 母子カード <input type="checkbox"/> 絵本
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 証期間の説明済み	<input type="checkbox"/> 変更済み <input type="checkbox"/> 変更なし	

受付

