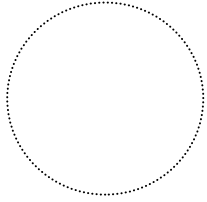


(第2条関係)

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		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入(月 日) <input type="checkbox"/> 他公費喪失 <input type="checkbox"/> ()		
②申請者 (保護者)	(ふりがな) 氏名	(署名または記名押印)		子どもとの続柄	父・母・()
	住所	上越市	連絡先	生年 月日	年 月 日
				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	社保・国保	被保険者 氏名	受付者 ()	
	保険証 記号番号	記号	番号	入力 () 資格証 (窓・郵)	
	保険者 番号				受付
	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			

注 太枠欄内を記入してください。

妊産婦医療費受給者証処理欄	
持参	証期間の変更
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 変更済み
<input type="checkbox"/> 無 → <input type="checkbox"/> 証期間の説明済み	<input type="checkbox"/> 変更なし

*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。