

太子町子ども医療証交付申請書

年 月 日

太子町長 様

申請者 住 所 .....

(保護者) 氏 名 .....

電話番号 .....

下記のとおり医療証の交付を申請します。

なお、以後医療費の助成に関し、確認が必要な場合は、課税台帳等の公簿により所得・課税状況を確認することを承諾します。

申 請 理 由		1 出生    2 転入    3 生保廃止    4 その他 (    )			
対 象 者	住 所				
	フリガナ		生 年 月 日	性 別	
	氏 名		年 月 日	男 ・ 女	
保 護 者	住 所				
	フリガナ		生 年 月 日	続 柄	
	氏 名		年 月 日		
加 入 等	被 保 険 者	住 所			
		氏 名			
医 療 保 険	保 険 種 別	協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国 組	付加給付	有 ・ 無	
	記 号 番 号		資格取得年月日		
	発 行 機 関	所 在 地			
名 称			保 険 者 番 号		

町 処 理 欄	受 給 者 番 号		受 付
	資 格 取 得 日	年 月 日	
	喪 失 予 定 日	年 月 日	
	証 交 付 日	年 月 日	

※申請者の欄及び太線わく内について記入してください。