

様式第1号（第2条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

下記により子ども医療費受給者証の交付を申請します。

申 交 付 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所			子どもとの続柄	
				電話番号	
子 ど も	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所			出生順位	第 子
加 入 保 険	記 号 ・ 番 号	—			
		協会・組合(一般・退職)・船員・共済・国保・国保組合			
	被保険者(世帯主)氏名				
	保険者名(保険者番号)				
	保 険 者 住 所				
	負 担 割 合	入 院 割		・ 通 院 割	

(注) 申請の際に必ず保険証を持参してください。