

# \* 記入例

## 京都子育て支援医療費受給者証交付申請書

八幡市長様	〇〇年〇月〇日	
下記のとおり、京都子育て支援医療費受給者証の交付を申請します。	申請者氏名 <b>八幡 太郎</b>	受給者との続柄 <b>父</b>

受給者①	フリガナ 氏名 <b>ヤフタ イチロウ</b> <b>八幡 一郎</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 〇〇年〇月〇日
受給者②	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
受給者③	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
受給者④	フリガナ 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
保護者	フリガナ 氏名 <b>ヤフタ タロウ</b> <b>八幡 太郎</b>	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 〇〇年〇月〇日
	住所 <b>八幡市八幡園内75番地</b>	電話番号 <b>075 ( 983 ) 1111</b>	

加入 保険	被保険者氏名 <b>八幡 太郎</b>	受給者との続柄 <b>父</b>	保険種別 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 国退 <input type="checkbox"/> 協会 <input checked="" type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 船員	保険証 記号 <b>1234</b>	番号 <b>567</b>
	保険者番号 <b>0 1 2 3 4 5 6 7</b>	資格取得日 (認定年月日)		① 〇〇年〇月〇日	
	保険者名称 <b>〇〇健康保険組合</b>			② 年 月 日	
				③ 年 月 日	
				④ 年 月 日	

受給者証交付 申請事由	〇〇年 〇月 〇日に ① 出生 3. その他 ( ) 2. 転入
----------------	--

※必ずお子さまの保険証をご持参ください。

(以下職員記入欄)

受給者番号	①		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	②			年 月 日 ~ 年 月 日
	③			年 月 日 ~ 年 月 日
	④			年 月 日 ~ 年 月 日