京都子育て支援医療費受給者証交付申請書

八幡市長様	年　月　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	受給者との続柄

受給者①	フリガナ 氏名	性別 □ 男　□ 女	生年月日 年　月　日
受給者②	フリガナ 氏名	性別 □ 男　□ 女	生年月日 年　月　日
受給者③	フリガナ 氏名	性別 □ 男　□ 女	生年月日 年　月　日
受給者④	フリガナ 氏名	性別 □ 男　□ 女	生年月日 年　月　日
保護者	フリガナ 氏名	性別 □ 男　□ 女	生年月日 年　月　日
	住所		電話番号 （　　）

加入保険	被保険者氏名	受給者との続柄	保険種別 □ 国保　□ 国組　□ 国退　□ 協会 □ 組合　□ 共済　□ 日雇　□ 船員	保険証　記号	番号
	保険者番号		資格取得日 （認定年月日）	①　年　月　日	
	保険者名称			②　年　月　日	
				③　年　月　日	
				④　年　月　日	

受給者証交付申請事由	年　月　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