

* 記入例

京都市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、京都市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 八幡 太郎 受給者との続柄 父

受給者①	フリガナ 氏名 ヤワタ イチロウ 八幡 一郎	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 ヤワタ タロウ 八幡 太郎	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 〇〇年 〇月 〇日
	住所 八幡市八幡園内75番地	電話番号 075 (983) 1111	

加入 保険	被保険者氏名 八幡 太郎	受給者との続柄 父	保険種別 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 協会 <input checked="" type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	保険証 記号 1234	番号 (-枝番) 567 - 8
	保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7	資格取得日 (認定年月日)	① 〇〇年 〇月 〇日	② 年 月 日	③ 年 月 日
	保険者名称 〇〇健康保険組合		④ 年 月 日		

受給者証交付 申請事由	〇〇年 〇月 〇日に
	<input checked="" type="radio"/> 1. 出生 <input type="radio"/> 2. 転入 <input type="radio"/> 3. その他 ()

※必ずお子さまの加入保険資格情報が確認できるものをご持参ください。

* 以下は記入しないでください

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