

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 ☐ 協会 ☐ 組合 ☐ 共済 ☐ その他	保険証 記号	番号 (-枝番)
	保険者番号				①	年 月 日
	保険者名称			資格取得日 (認定年月日)	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