

* 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 八幡 太郎	受給者との続柄 父

受給者①	フリガナ ヤワタ イチロウ	性別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
	氏名 八幡 一郎		
受給者②	フリガナ	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日
	氏名		
受給者③	フリガナ	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日
	氏名		
受給者④	フリガナ	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日
	氏名		
保護者	フリガナ ヤワタ タロウ	性別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
	氏名 八幡 太郎		
	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 ☒ 国保 ☐ 国組 ☐ 協会 ☒ 組合 ☐ 共済 ☐ その他		保険証 記号 1234		番号 (-枝番) 567		
	保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	
	保険者名称		〇〇健康保険組合					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	
										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