

こども医療費受給資格 登録申請書

〈受給資格証が必要な方〉(お子さん)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所					

加入 医療 保険	記号・番号	
	資格取得年月日	
	被保険者名	
	保険者名	

〈申請者〉(保護者)

高岡市長 様 (申請日) 年 月 日					
上記のとおり、こども医療費受給資格証の交付について関係書類を添えて申請します。 受給資格認定のために必要があるときは、公簿等を確認することに同意します。					
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	— —		
住所	☐ 受給資格証が必要な方と同じ(記入不要)		続柄		

高岡市使用欄

申請事由		添付書類		受給者番号	
・出生 ・転入() ・その他		☐ 保険証写し() ☐ 同意書 ☐ その他()			
チェック	受付	入力	交付()	照合	
☐ 妊 No. ☐ 公務員 ☐ 児手保留					