様式第２号

子ども医療費受給者証交付申請書

蟹江町長 殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （兼受給者台帳）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | ３５０ | | | 性　別 | | | 男　・　女 | | 住　　所 | 愛知県海部郡蟹江町  （ＴＥＬ　　 　－　　　　　　　　） | | |
| フリガナ  申請者名  （受給者名） | |  | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
|  | | | 子どもとの続柄 | | |  | |
|  | | |  | | （ＴＥＬ　　－　　　　　） （　　　・　　・　　変更） | | |
| フリガナ  子ども名 | |  | | | 性　別 | | | 男　・　女 | |
|  | | | 生年月日 | | | 年　　月　 日 | |
| 医  療  保  険 | 被 保 険 者 名  （又は組合員長） | |  | | | | 受給者と  の 続 柄 | |  | 受給者証交付事由 | | 受給者証再交付事由 | 受給資格喪失事由 |
| １ 出生  ２ 転入  ３　 その他  （　　　 ） | | １　紛失  ２　破損  ３　汚損  （　　　 ） | １　転出  ２　死亡  ３　その他  （　　　 ） |
|
| （　　　・　　・　　変更） | | | |  |
|
|
| 住　　　　　所 | |  | | | | | | |
|
| 事由発生年月日 | | 事由発生年月日 | 事由発生年月日 |
| （　　　・　　・　　変更） | | | | | | | 令和　　年　月　　日 | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 受給者証交付年月日 | | 受給者証再交付年月日 | 受給者証返納年月日 |
| 保　険　種　別 | | 政・組・日・船 | | 記 号  番 号 | 第　　　　　　号 | | | | 令和　　年　月　　日 | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| （備考） | | | |
| 共・国組・国 | | 第　　　　　　号  （　　　・　　・　　変更） | | | |
|
| 保　険　者　名 | | 保険者番号  （　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
|
| （　　　・　　・　　変更） | | | | | | |
| （勤務先） | | | |
| 所　　在　　地 | |  | | | | | | |
|  | | | |
|
|  | | | |
| （　　　・　　・　　変更） | | | | | | |
|  | | | |
|
| 付加給付の有無 | | 有　・　無 |  | | | | | |  | | | |