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 |  |  |