様式第２号（第３条第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子・父子家庭医療費受給者証　交付・更新　申請書  年 　　月 　 日  蟹 　江 　町 　長 　殿  　　　　　 　　　 蟹江町  　　　申 請 者 住 所  　 氏　名 　　　　　　　　　 　電話　　－  下記のとおり母子・父子家庭医療費受給者証の交付・更新を申請します。 | | | | | | | | | |
| 区　　　　　　　分 | | | 母 ・ 父 | 児　　　　　　　　童 | | | | | |
| 住　　　　　　　所 | | |  |  | |  | |  | |
| 氏　　　　　　　名 | | |  |  | |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  | |
|  | | |  |  | |  | |  | |
| ※ | | | ８５０ | ８５０ | | ８５０ | | ８５０ | |
| 加  入  医  療  保  険 |  | |  | | | 記　号  番　号 |  | | |
|  | | 国 保 ・ 国保組合 ・ 政 管 ・ 組 合 ・ 船 員・ 日 雇 ・ 共 済 | | | | | | |
| 保  険  者 | 名　　　称 |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 資格取得年月日 | | 年　　　月 　 日 | |  | | | 有　　　無 | |
| 母子・父子家庭に | | | １ 死亡　２ 離婚　３ 生死不明　４ 遺棄　５ 海外　６ 精神身体の障害  　７ 拘禁　８ 未婚の母　９ 父母のいない児童 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ※ | | |  | | | | | | 印 |
| ※ | | | 適 ・ 否 　　　　　　　　　　　　 年　　　月 日 | | | | | | |

（注） 加入保険が父母と児童が異なる場合は、その旨申し出てください。

※印の欄は、記入しないでください。