

子ども医療費 受給資格登録申請書

受給資格者	氏名							住所	真岡市						
	生年月日	昭和 平成 令和		年	月	日	続柄	父・母・その他()							
子ども①	氏名							子ども②	氏名						
	生年月日	平成 令和		年	月	日	生年月日		平成 令和		年	月	日		
	住所	真岡市 ※別居の場合のみ記入							住所	真岡市 ※別居の場合のみ記入					
子ども③	氏名							子ども④	氏名						
	生年月日	平成 令和		年	月	日	生年月日		平成 令和		年	月	日		
	住所	真岡市 ※別居の場合のみ記入							住所	真岡市 ※別居の場合のみ記入					
加入保険	記号							番号							
	被保険者氏名														
	保険者番号														
	保険者名	全国健康保険協会()支部													
		()健康保険組合													
		()共済組合													
		真岡市・日本私立学校振興共済事業団													
認定年月日	子ども①	平成 令和		年	月	日	子ども②	平成 令和		年	月	日			
	子ども③	平成 令和		年	月	日	子ども④	平成 令和		年	月	日			
真岡市長様 令和 年 月 日 【申請者】氏名 連絡先															

事務処理欄	受付日							発行日						
	資格取得日	令和		年	月	日								
	受給者証番号①							受給者証番号②						
	受給者証番号③							受給者証番号④						

担当者確認印		
--------	--	--