

| | | | | | |
|--------|-----|------|-----|---|-----|
| 決 裁 | 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 | 受 付 |
| | 記載例 | | | | 処 理 |
| | | | | | 決 裁 |

| 子ども医療費受給資格証 | | | | | | |
|--|--------|--------------------------|---|---|---|---|
| 公費番号 | 6 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 |
| 受給者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 受資格者 | 氏名 | 真岡 太郎 | | | | |
| | 住所 | 真岡市荒町 5191 番地 | | | | |
| 子ども | 氏名 | 真岡 いちご | | | | |
| | 生年月日 | 令和〇年〇月〇日 | | | | |
| | 住所 | 真岡市荒町 5191 番地 | | | | |
| 加入保険 | 被保険者氏名 | 真岡 太郎 | | | | |
| | 記号番号 | 123 456789 | | | | |
| | 保険者名称 | 真岡いちご健康保険組合 | | | | |
| | 所在地 | 真岡市荒町 5191 番地 | | | | |
| 受給期間 | 年齢区分 | 0歳が | | | | |
| | 有効期間 | 自 令和〇年〇月〇日 至 令和〇年〇月〇日 | | | | |
| 真岡市長 印 | | | | | | |

現資格証 (変更前)

こども医療費受給資格内

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|-----------------|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| ⇒ 変更前の情報 | 受給資格者 | 公費番号 | 6 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 | 9 | |
| | | 氏名 | 真岡 太郎 | | | | | | | | |
| | | 住所 | ※届出人と異なる場合のみ記入 真岡市荒町 5191 番地 | | | | | | | | |
| | 子ども | 受給者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| | 氏名 | 真岡 いちご | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 平成 令和 〇年〇月〇日 | | | | | | | | | |
| 子ども | 受給者番号 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 子ども | 受給者番号 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|------------------------------------|---|-------|--|--|--|--|--|--|---------|---------------|---------------|
| → 変更後の情報 | 変更事由 | 受給資格者変更・保険証変更・住所変更・子どもの氏名変更・その他() | | | | | | | | | | | |
| | 受給資格者 | 二宮 花子 | | | | | | | | | 子どもとの続柄 | 父 母 その他() | |
| | 加入保険 | 保険者名 | 全国健康保険協会 支部 二宮いちご健康保険組合 共済組合 真岡市 番号 〇 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | | | | 記号・番号 | 321 987654 |
| | | | 被保険者名 | 二宮 花子 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 真岡市石島 893 番地 15 | | | | | | | | | 子どもの氏名 | 二宮 いちご | |

| | | |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 健康保険 被保険者証 | 家族 (被扶養者) | 〇〇〇〇 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 記号 321 | 番号 987654 | |
| 氏名 二宮 いちご | 生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日 | 性別 男 |
| 資格取得年月日 〇〇年〇〇月〇〇日 | | |
| 被保険者氏名 二宮 花子 | | |
| 保険者番号 〇 1 2 3 4 5 6 7 | 保険者名称 二宮いちご健康保険組合 | 印 |
| 保険者所在地 真岡市石島893番地15 | | |

お届けします。

真岡市石島 893 番地 15

二宮 花子

0285-83-8131

シャチハタ不可

印

(注) 太枠欄には、申請者は記入しないこと。