

様式第1号

こども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

真岡市長様

【申請者】住所 真岡市

氏名

電話

助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入		
	こどもとの続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()		
こども	フリガナ			
	氏名			
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入		
	生年月日	年	月	日
こども	フリガナ			
	氏名			
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入		
	生年月日	年	月	日
加入保険	記号・番号	記号	番号	
	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		
その他()				
被保険者氏名				

事務処理欄	受付日		決定日	
	資格取得年月日	年 月 日	受給者証番号	事由
	資格取得年月日	年 月 日	受給者証番号	事由
	システム入力	未 ・ 済	担当者	
	受給資格証発行	未 ・ 済		