

様式第1号

決裁	課長	課長補佐	室長	係長	担当者	受付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決裁	年 月 日
受給資格の判定	適					否（理由）	
種別	入院（ ） 通院（ ）						

子ども医療費受給者証交付申請書								
受給申請者	ふりがな					性別	男 ・ 女	
	氏名					生年月日	年 月 日	
	住所	阿賀野市 TEL - -			子どもとの続柄			
	職業			勤務先	TEL			
子ども	ふりがな					性別	男 ・ 女	
	氏名					生年月日	年 月 日	
	住所					出生順位	第 子	
加入保険	記号番号	-						
	協会けんぽ ・ 組合健康保険 ・ 船員保険 ・ 共済組合等 ・ 国民健康保険							
	被保険者（世帯主）氏名							
	保険者名							
	保険者住所							
負担割合	入院 割 ・ 外来 割							
上記のとおり受給者証の交付を申請します。								
令和 年 月 日								
阿賀野市長				申請者 住所 阿賀野市				
様				氏名				

- (注) 1 申請の際必ず保険証を持参のこと。
2 申請者は太枠欄を記入しないこと。