

受給者番号	
-------	--

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 あて

申請者 住 所

(保護者) 氏 名  
電話番号 ( )

医療費の助成を受けたいので、下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。  
記

子ども	ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名				
	個人番号				
保護者	住 所	〒410- 電話番号 ( )			
	氏 名		子ども との続柄		
	個人番号				
加入医療 保険 (※)	保険の種類	協会 ・ 組合 ・ 共済 ・ 船員 ・ 国保			
	保 険 者 名				
	保険者所在地	電話番号 ( )			
	被 保 険 者 名				
	被 保 険 者 証	記号		番号	
	保 険 者 番 号				

(※) 子どもの加入医療保険の保険証の写しを添付してください。  
私は、保険者への高額療養費の請求及び受領については、伊豆の国市長に委任します。

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名

高校生相当年齢の子どもについての 確認事項(○をつけてください)
① 未婚 ・ 既婚
② 保護者が監護(生計維持)している。 はい ・ いいえ