

記入例

太字と同じ箇所を記入してください

【申請に必要なもの】
・子の保険証

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 3年 5月 1日

申請者 住 所 **伊豆の国市田京299-6**

(保護者) 氏 名 **伊豆野 国男**
電話番号 **090 (1123) 4456**

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	いずの くにこ		男・ 女	生年 月日
	氏名	伊豆野 国子			
	個人番号				
保護者	住 所	〒 410-2396 伊豆の国市田京299-6 電話番号 0558 (76) 8008			
	氏名	伊豆野 国男		子ども との続柄	父
	個人番号				
加入医療 保険 (※)	保険の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 協会 ・ <input type="checkbox"/> 組合 ・ <input type="checkbox"/> 共済 ・ <input type="checkbox"/> 船員 ・ <input type="checkbox"/> 国保			
	保 険 者 名	全国健康保険協会 静岡支部			
	保険者所在地	静岡市葵区呉服町1-1-2 電話番号 054 (275) 6603			
	被 保 険 者 名	伊豆野 国男			
	被 保 険 者 証	記号	111111	番号	22
	保 険 者 番 号	01220011			

日中、連絡が取れる電話番号を
記入してください

お子様の保険証について
記入してください

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。
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 **伊豆の国市田京299-6**
(保護者) 氏 名 **伊豆野 国男**

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

高校生相当年齢の子どもの
申請の場合は、○印を
つけてください