

受給者番号 (沼津市が記入)	
-------------------	--

子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 沼津市長

住所
申請者 (TEL)
氏名

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

受給者 (子ども)	氏名	(ふりがな)	生年月日	令和 年 月 日生		
	個人番号			平成		
資格者 (保護者)	住所	〒 (TEL)				
	氏名		こども との続柄			
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					
	保険所在地	(TEL)				
	被保険者氏名					
	被保険者記号番号	記号		番号		

(注1) 太枠の中を記入してください。

(注2) この申請書には医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写しを添付してください。ただし、公簿等によって確認することができる場合、当該書類を提出したものとみなします。

私は沼津市が上記受給者の子ども医療費助成に係る受給資格の確認及び助成金支給事務のために要する個人情報を、公簿等により調査することに同意します。

また、保険者への高額療養費の請求及び受領に関する一切の権限については、沼津市に委任します。

(被保険者) 住所
氏名

(※署名又は記名押印)