

記入例

原則、健康保険の被保険者です。
 父母以外の場合は主として養育している方です。

令和5年8月診療以降、マイナンバーの記載は不要です。

子	も	氏名	川西 太郎	住所	川西町結崎28-1
		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	
①子どもを主として養育している者		氏名	川西 二郎	住所	同上
		子どもとの続柄	父	個人番号	

加入医療保険	被保険者氏名	川西 二郎		子どもとの続柄	父	住所	同上
	⑤保険種別	国(市町村・退・組) 健(協・組・日)・船・共	本人 家族	被保険者証の記号番号	987654	321	
	保険者番号及び名称	01234567 〇〇〇〇健康保険組合					

健康保険証の内容を記載ください。

⑥交付申請事由	① 受給要件該当のため 2 転入してきたため 3 保険に新たに加入したため	年 月 日
※ 審査	認定	本則・特例 却下
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請いたします。		
〇〇年〇月〇〇日	申請者 住所	川西町結崎28-1
	氏名	川西 二郎
磯城郡川西町長 様	電話	0745-44-2611

(注) 1 ※印の欄は、記入しないでください。
 2 字は、楷書ではっきり書いてください。

申請者は子どもを主として養育している方(健康保険の被保険者)が署名(又は記名・押印)してください