

子ども医療費受給資格証交付申請書

	フリガナ 氏 名				生年月日				住 所			
子 ど も					. .				松江市			
	個人番号											
受 給 資 格 者					. .				電話番号			
									☐ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ ()			
	個人番号								子どもとの 続柄		父・母・()	
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名				生年月日				住 所			
					. .							
	個人番号								子どもとの 続柄		父・母・()	
	記号・番号		(記号)		(番号)		保険種別					
	保険者名称						保険者番号					
	所在地						附加給付		有 ()・無			
資 格 証 交 付 申 請 事 由		1 出生したため				4 措置の解除のため						
		2 転入したため				5 その他						
		3 医療保険に加入したため				()						
		(事由発生年月日 年 月 日)										
☐ 松江市により助成を受けた医療費について、社会保険各法の高額療養費又は高額介護合算療養費に該当した場合に市から返還請求があったときは速やかに市に返還します。												
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請します。												
年 月 日												
住 所 松江市												
申請者 氏 名												
(子どもとの続柄)												
(あて先) 松江市長												
資格証番号		備考										

受付者 () 証発行 (窓口交付済・郵送対応) 児童手当 (済・公務員) 本人確認☐