

子ども医療費受給資格証交付申請書(0歳～中学3年生用)

	氏名	性別	生年月日	住所	
子ども	ふりがな	男・女	年 月 日	松江市  (アパート名など)  TEL - - (続柄 )	
受給資格者	ふりがな	男・女	年 月 日		
	子どもとの続柄	勤務先			
加入医療保険	被保険者氏名	〔被保険者が上記の保護者でない場合のみ〕			
		生年月日	住所		
	続柄	年 月 日			
	被保険者(等)記号・番号	(記号)	(番号)	保険種別	
	被保険者証発行機関名	<b>保険証のコピーを添付してください</b>		保険者番号	
所在地			附加給付の有無	有( )無	
資格証交付申請事由	1 出生したため 2 転入したため 3 医療保険に加入したため		4 措置の解除のため 5 その他 ( )		
	(事由発生日 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 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若しく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 <div style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 (子どもとの続柄 )</div> (あて先)松江市長					
資格証番号	備考				