

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 印

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	平成 令和	年 月 日生	男・女
資格者 (保護者)	住所	〒 (TEL )				
	氏名			こども との続柄		
加入  医療保険 (注)	保険の種類	政管・組合・共済・船員・国保				
	保険者名					
	保険所在地	(TEL )				
	被保険者氏名					
	被保険者証	記号		番号		

(注) この申請書には加入医療保険の保険証の写しを添付してください。

私は沼津市が上記受給者の子ども医療費助成に係る事務のため、私及び子どもの所得状況、他制度による医療費助成状況及び住民基本台帳に関する資料について、沼津市が確認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 印