

記入例

第2号様式（第5条関係）

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

窓口へ提出する日またはポストに入れる日

令和元年〇月×日

(宛先) 沼津市長

住所 **沼津市御幸町16番1号**

(TEL **055-934-4827**)

氏名 **沼津 太郎**

沼津

窓口にお越しになる方（この申請書を記入する方）が記入。
電話は携帯電話でも可。

申請者

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) ぬまづ はなこ 沼津 花子	生年月日	平成 令和 元年 □月△日生	男・女 女
資格者 (保護者)	住所	〒 410-8601 沼津市御幸町16番1号	氏名	沼津 太郎	父
加入	保険の種類	政管・組合・共済・船員・国保			
医療保険 (注)	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	

携帯電話でも可。

子どもと同一世帯で子どもを養育している方を記入。
(子ども単独世帯の場合は子ども本人となります。)

055-934-4827

(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 **沼津市御幸町16番1号**

氏名 **沼津 太郎**

沼津

子どもの保険証の被保険者をご記入ください。
国民健康保険の場合は世帯主となります。
※省略不可