

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書・資格者台帳

（宛先）南アルプス市長

年 月 日

有効期限	通院	年 月 日から		番号	
	入院	年 月 日まで			
（保 申請 護 者者）	フリガナ氏名	®			子ども との続柄
	個人番号				
	住所	南アルプス市		生年月日	年 月 日
		電話 ー			
勤務先 又は職業	電話 ー				
子ども	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	個人番号				
加 入 保 険	記号	番号	資格取得	年 月 日	
	記番	号			
	被保険者 （世帯主） 氏名				
	保険者名	健康保険協会・健康保険組合・共済組合・他 名称（ ）			
保険種別	国保・社保（協・組・共・他）				
指定 口座	金融機関名	本・支店名	口座種類	口座番号	フリガナ 口座名義人
		本店 支店・支所	普通・当座		
備 考	年 月 日交付		年 月 日再交付		

※申請者は、太枠内の事項を記入してください。
