



京都子育て支援医療費受給者証交付申請書

世帯識別

対象者	フリガナ氏名		生年月日	平成 令和	年	月	日
	住所						
	世帯主氏名		世帯主と対象者との続柄				
	保護者等氏名		保護者等と対象者との続柄				

医療保険の情報	交付年月日	年	月	日	記号	番号	枝番	
	被保険者・組合員等	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ					
		生年月日	年	月	日			
		住所	<input type="checkbox"/> 対象者住所と同じ					
	保険者(発行者)	(保険者番号) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 名称 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部						
対象者の認定日(資格取得日)及び被保険者との続柄		認定日(資格取得日)	年	月	日	被保険者との続柄		

精華町長 様

私は、京都子育て支援医療費受給者証の交付を、上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏名 (続柄)

住所

電話番号

受領者氏名		府 <input type="checkbox"/>
		単 <input type="checkbox"/>

精華町 処理欄	審査結果：該当・非該当・単費該当 (理由)	受給者 番号		資格 取得日	年	月	日
------------	---------------------------	-----------	--	-----------	---	---	---

【問い合わせ先】

〒619-0285 精華町大字南稲八妻小字北尻70番地
精華町役場2階 国保医療課 医療係
電話番号(0774)-95-1929(直通) FAX番号(0774)-95-3974