

様式第1号(第4条関係)

子ども医療費助成金受給資格者証交付申請書

富士河口湖町長 様

年 月 日

受給者番号						
有効期限		年 月 日まで				
申請者	フリガナ			子どもとの 続柄		
	氏名	印				
	住所	富士河口湖町 電話 —		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	勤務先 又は職業	電話 —				
子ども	フリガナ			男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名					
加入 保険	記号番号			資格取得	年 月 日	
	被保険者 (世帯主) 氏名					
	保険者名	名称()				
	保険種別	国保・社保(協会・組合・共済・他)				
	保険者番号					
備考	年 月 日交付 年 月 日再交付					

届出人は、太枠内の事項を記入してください。

富士河口湖町国民健康保険（国保）に加入の方は裏面も記入。