制度拡充分

別記第1号様式(第4条、第9条関係)

こども医療費受給者証 交　付
再交付 申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">受給者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">□申請者の住所と同じ
亀岡市</td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入保険</td><td>被保険者
氏　名</td><td colspan="2"></td><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="5">国保　・　協会健保　・　組合保険　・　船員　・　共済</td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="2"></td><td>附加給付の有無</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証交付
(再　交　付)
申　請　事　由</td><td colspan="5">1　出　生　　2　転　入　　3　破　損
4　忘　失　　5　その他(こども医療費助成制度拡充)
発生事由年月日　　令和　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり、こども医療費受給者証の交付・再交付を申請します。
年　月　日
申請者
(保護者)
住　所
氏　名
TEL
(宛先)亀岡市長</td></tr>
</table>

備考　「加入保険」欄の記入については、健康保険証の写しの添付に代えることができます。