

こども医療費受給者証 交付 再交付 申請書

受給者	ふりがな		生年月日	平成 令和		年	月	日
	氏名							
	住所	☐ 申請者の住所と同じ 亀岡市			続柄			
加入保険	被保険者氏名		被保険者 記号・番号					
	保険種別	国保 ・ 協会健保 ・ 組合保険 ・ 船員 ・ 共済						
	保険者名		附加給付の有無	有 ・ 無				
受給者証交付 (再交付) 申請事由		1 出生 2 転入 3 破損 4 忘失 5 その他() 発生事由年月日 令和 年 月 日						
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。 令和 年 月 日 住所 申請者 (保護者) 氏名 TEL (宛先)亀岡市長								

備考 「加入保険」欄の記入については、医療保険の資格情報のお知らせ又は資格確認書等の写しの添付に代えることができます。