

様式第1号(第2条関係)

受付		認定 交付	
----	--	----------	--

令和 年 月 日

(あて先)合志市長

こども医療費受給者証交付申請書

対象者	フリガナ 氏名	生年月日	受給者番号
	H・R 年 月 日	
	H・R 年 月 日	
.....	H・R 年 月 日		

加入 保険	記号・番号	被保険者 氏名
	保険者番号	
	保険者名 (保険証の名称)	続柄

※主として生計を維持する親権者を記入してください

フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日
受給者氏名	続柄				
	電話番号				
住所	合志市				

※医療費の振込先を記入してください

振込希望 金融機関	銀行 農協	支店 支所
	口座番号	普通・貯蓄
	口座名義人カナ	

ゆうちょ銀行	記号	番号	1
	普通・貯蓄・その他	口座名義人カナ	