

記入例

様式第1号(第2条関係)

受付		認定 交付	
----	--	----------	--

アミカケの部分は必須です。
電話番号は、連絡がとれる番号(携帯など)を記

令和 年 〇 月 〇 日

(あて先)合志市長

子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		
	コウシ コイチロウ				
	合志 子一郎	H・RO年 〇〇月 〇〇日			
	コウシ コジロウ				
合志 子二郎	H・RO年 〇〇月 〇〇日				
コウシ コサブロウ					
合志 子三郎	H・RO年 〇〇月 〇〇日				
加入保険	記号・番号	〇〇〇〇・△△△△	被保険者 氏名	合志 親太郎	
	保険者番号	■■■■■■■■■■(8ケタの数字)			
	保険者名称	×××健康保険組合	続柄	父	
※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	コウシ オヤタロウ	生年月日	S〇〇年 〇〇月 〇〇日		
受給者氏名	合志 親太郎	続柄	父		
		電話番号	090-1234-5678		
住所	合志市△△ 〇〇番地〇〇 ××アパート 101号				
※医療費の振込先を記入してください					
振込希望 金融機関	〇〇〇〇		銀行 農協	△△△△	支店 支所
	口座番号	普通・貯蓄・当座	■■■■■■■■■■(7ケタの数字)		
	口座名義人カナ	コウシ オヤタロウ			
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	コウシ オヤタロウ	