

該当する
方に✓

- 子育て支援
- ひとり親家庭等

医療費支給申請書

受付印

申請する日

令和 ●年 ■月 ▲日

加須市長様

窓口に来る方の住所・氏名
日中に連絡できる電話

住所 加須市 三俣2丁目1番地1

氏名 加須 太郎

電話 090-△△△△-△

加須市の国保は1に○
それ以外は2に○

次のとおり医療費を申請します。

子育て支援医療費受給資格証	
公費負担者番号	81110108
受給者番号	1234567
受給資格者	氏名 加須 太郎
	住所 三俣2丁目1番地1
児童	氏名 加須 さくら
	生年月日 平成●年◆月 ×日
有効期間	平成●年◆月 ×日 から 令和■年 3月 31日 まで
平成●年◆月▲日 交付 埼玉県 加須市長 〇〇 〇〇 埼玉県 加須市長之印	

受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名	加須 太郎	国	社
フリガナ	かゝ さくら		記号・番号	123456・789	1	2
氏名	加須 さくら		保険の名称	かぞ支部 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合		
生年	○で囲む 3 昭和 4 平成 5 令和 ●年 ◆月 ×日		保険者番号	00000000		

健康保険
被保険者証

平成●年◆月▽日 交付

記号 1 2 3 4 5 6 番号 7 8 9

氏名 加須 さくら

性別 女

生年月日 平成●年◆月×日

認定年月日 平成●年◆月×日

被保険者氏名 加須 太郎

保険者番号 00000000

保険者名称 全国健康保険協会 かぞ支部