

様式第1号（第3条関係）

子どもの医療費受給資格 } [<input type="checkbox"/> 受給資格登録 <input type="checkbox"/> 受給資格証申請				
申請書 年 月 日				
伊万里市長 様				
申請者 住 所 氏 名 個人番号 電話番号				
子 ど も	ふりがな	①	②	③
	氏 名			
	個人番号			
	性 別	男・女	男・女	男・女
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	住 所			
医 療 保 険	保 険 種 別	国保・協会・組合・ 共済・その他（ ）	国保・協会・組合・ 共済・その他（ ）	国保・協会・組合・ 共済・その他（ ）
	被 保 険 者 名			
	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	記号	記号	記号
		番号	番号	番号
	保 険 取 得 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
	保 険 者 所 在 地			
付 加 給 付	有・無	有・無	有・無	
備 考				