様式第１号（第２条関係）

決裁					担当者	受　付	年　月　日
						伺	年　月　日
						決　裁	年　月　日
受給資格の判定	適					否（理由）	
種　別	入院（　　）　通院（　　）						

子ども医療費受給者証交付申請書					
受給申請者	ふりがな		性　別	男　・　女	
	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所	電話		子どもとの続柄	
	職　業		勤務先	電話	
子ども	ふりがな		性　別	男　・　女	
	氏　名		生年月日	年　月　日	
	住　所				
加入保険	記号番号				
	保険種別	協会・組・船・共・国保		一般・退職	
	被保険者（世帯主）氏名				
	保険者名				
	保険者住所				
	負担割合				

上記のとおり受給者証の交付を申請します。

年　月　日

住　所

申請者

氏　名　㊞

佐渡市長　様

（注）

1　氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

2　申請の際必ず保険証を持参のこと。

3　申請者は、太枠欄を記入しないこと。