

記入例

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

★申請者
 子どもと同じ世帯にいる保護者です。下記の「対象者」と同じ人を記入してください。子どものみの世帯の場合は子ども本人です。
 ※健康保険の被保険者ではありません。

住所 愛知県田原市田原町南番場30番地1

氏名 田原太郎

電話 (090) 1234-5678

対象者	住所	田原市田原町南番場30番地1		
	フリガナ	タハラ タロウ		
	氏名	田原太郎		
	職業	公務員 ※記入は任意		

★対象者
 子どもと同じ世帯にいる保護者です。子どものみの世帯の場合は子ども本人です。印字されていない場合は、記入してください。

子ども	住所	田原市田原町南番場30番地1		
	フリガナ	タハラ	生年月日	
	氏名	田原太郎	平成18年4月2日	

★被保険者氏名
 子どもを健康保険の扶養に入れている人です。国保の場合は世帯主です。

加入医療保険	被保険者氏名	田原太郎	続柄	父	住所	田原市田原町南番場30番地1
	被保険者証の記号番号	1	1234567		附加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	<保険者番号 06230254> トヨタ自動車健康保険組合		所在地	愛知県豊田市丸山町6-22	
	出生	2. 転入 3. その他 ()			受給者番号	

健康保険証に記載されています。
 ・国民健康保険の場合は、「記号」欄は空白で、「番号」欄に8桁の数字が入ります。
 ・枝番、附加給付の有無は記入不要です。

健康保険証に記載されています。
 ・保険者番号と所在地は、わからなければ空欄で構いません。