

記入例

小浜市子ども医療費受給者証交付申請書

提出日を記入してください。

令和4年〇月〇日

小浜市長様

下記の書類を必ず添付してください。
・お子さまの健康保険証のコピー
・振込口座の通帳のコピー（見開き）

〒 917-8585
住所 小浜市大手町6-3
〇〇アパート102

申請者氏名 小浜 太郎

電話番号 0770-53-1111

個人番号 (記入不要)

健康保険上、お子さんを扶養されている方のお名前をお書きください。

子ども医療費受給者証の交付を受けたいので申請します。

Application form table with fields for guardian (小浜 太郎), child (小浜 海美), insurance (全国健康保険協会 福井支部), and bank account (〇〇銀行).

※太線の枠内は記入しないでください