

小山町子ども医療費受給者証交付申請書

こども	(ふりがな) 氏 名			男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日生		第 子
	婚姻状況	未婚・既婚	婚姻日	年 月 日

加入医療保険	保 険 の 種 類	1 協会けんぽ 2 健康保険組合 3 共済 4 船員 5 国民健康保険 6 その他()			
	保 険 者 名				
	保 険 者 所 在 地	(TEL)			
	被 保 険 者 氏 名				
	被 保 険 者 証	記号		番 号	
	監 護 ・ 生 計 の 状 況 (続 柄)	1 こども本人が生計を維持している。(世帯主) 2 こどもが保護者に監護され、生計を維持している。 (世帯主以外)			

上記のとおり子ども医療費の助成を受けたいので受給者証の交付を申請します。
また、保険者への高額療養費の請求及び受領については、小山町長に委任します。

小山町長 様

年 月 日

申請者 (保護者等)	住 所	(TEL)		
	(ふりがな) 氏 名	Ⓜ	こども との続柄	

(注) こども、申請者(保護者等)の本人を確認する書類を持参してください。