

様式第3号

|        |     |     |   |                       |  |                       |  |
|--------|-----|-----|---|-----------------------|--|-----------------------|--|
| 決<br>裁 | 課 長 | 係 長 | 係 | 受<br>付<br>年<br>月<br>日 |  | 交<br>付<br>年<br>月<br>日 |  |
|        |     |     |   |                       |  |                       |  |

妊 産 婦

こども

医療費受給資格証交付申請書

年 月 日

小山市長 様

住 所 小山市中央町1-1-1

申請者  
(受給資格者)

氏 名 小山 太郎

電 話 123-4567-8910

保護者

|                       |               |                  |         |              |              |
|-----------------------|---------------|------------------|---------|--------------|--------------|
| 助<br>成<br>対<br>象<br>者 | (ふりがな)<br>氏 名 | おやま たろう<br>小山 太郎 | 生年月日    | H6 年 4 月 1 日 |              |
|                       | 住 所           | 同 上              |         | こどもとの<br>続 柄 | 父            |
| こども                   | (ふりがな)<br>氏 名 | おやま はなこ<br>小山 花子 | 男・<br>女 | 生年月日         | R6 年 1 月 1 日 |

母子健康保健法第15条による

お子さんの保険証（出生届出時は、お子さんを扶養する予定の保護者の方の保険証）をご確認の上、ご記入ください。コピーの提出でも問題ありません。

日

日

|                  |             |                       |        |
|------------------|-------------|-----------------------|--------|
| 加<br>入<br>保<br>険 | 記号 番号       | 保険者番号及び名称             | 被保険者氏名 |
|                  | 123456 7890 | 0987654<br>ABC 健康保険組合 | 小山 太郎  |

|       |  |           |       |
|-------|--|-----------|-------|
| 資格証番号 |  | 受給資格取得年月日 | 年 月 日 |
|-------|--|-----------|-------|