

第1号様式（第7条関係）

中野区長 宛て

子ども医療費助成制度医療証交付申請書

下記のとおり子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。

提出日 年 月 日

申 請 者			
フリガナ			
氏名			
生年月日		電話	()
住所			

加 入 保 険 の 状 況			
記号		番号	保険者番号
被保険者		申請者との続柄	
保険者名		保険種別	1.国保 2.国組 3.社保 4.共済 5.都外

助 成 対 象 と な る 子 ど も			
氏名			
生年月日	性別	続柄	保険加入年月日 平成 年 月 日
氏名			
生年月日	性別	続柄	保険加入年月日 平成 年 月 日
氏名			
生年月日	性別	続柄	保険加入年月日 平成 年 月 日

児童手当の受給	1 している 2 していない 3 申請中 (年 月)
---------	-----------------------------

お子さんの健康保険証のコピーを添付してください。

※この申請書のうち事務処理に必要な事項は、中野区電子計算組織に記録し処理します。

担当 処理欄	受 付	手当・・・ 親・・・	地 域 事 務 所 すこやか福祉センター	確 認
-----------	--------	---------------	-------------------------	--------