

様式第 1 号（第 3 条関係）

※登録番号				保 険 区 分	1	2	3	4	5	6			
					社 被 保 険 者	社 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 険 者	国 被 保 険 ・ 退 職 者	国 被 保 険 ・ 退 職 者	国 被 扶 養 組 合			
※決裁	課長	係長	合議	主務	受 付			年 月 日					
					伺			年 月 日					
					決 定			年 月 日					
					発 行			年 月 日					
※ 受 給 資 格 証 交 付				要 ・ 否 （理由）									
こども医療費受給資格登録(変更)申請書													
こども	フリガナ												
	氏 名	男 女						生 年 月 日		年 月 日			
	住 所												
保護者	氏 名							続 柄					
加入 保険	保険種別	国 保 ・ 協 会 ・ 組 合 ・ そ の 他 （ ）											
	記号番号							被保険者名					
	保険者名							資格取得年 月 日		年 月 日			
申請事由		1 出生 2 転入 3 再申請 4 その他（ ）											
変更事由		1 保護者変更 2 保険変更 3 その他（ ）											
上記の通りこども医療費受給資格登録(変更)の申請をします。													
年 月 日 申請者 住所 砺波市 (保護者) 氏名 砺波市長 あて (連絡先 TEL)													

※欄は市で記入します。