

受付印

子ども医療費 京都市子ども医療費 受給者証交付申請書

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区	申請者の氏名
(電話) - (携帯) - -	子どもとの続柄 ()

京都市子ども医療費支給条例第4条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。

保護者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ						
	フリガナ	電話	-					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日					
	子どもとの続柄	01:父	02:母	03:祖父	04:祖母	05:おじ	06:おば	07:その他()

子ども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	フリガナ	生年月日		
	氏名	年 月 日		

子どもの加入医療保険	被保険者の住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	被保険者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	子どもの資格取得年月日	年 月 日
	証記号・番号	子どもとの続柄 ()	保険者番号	
	証発行機関の名称	電話 -		
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり			

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)
※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。	

- 注1 該当する□には、レ印を記入してください。
 2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。
 3 お子さんの保険資格情報が分かる資料のコピーを添付するか裏面に貼ってください。

※下欄は記入しないでください。

確認欄	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 他制度該当(生保・障害・ひとり親・その他)	<input type="checkbox"/> 受給者台帳	
審査欄	受給者番号	資格取得年月日	認定事由
	有効期限	受給者証交付年月日	1:出生 2:市外転入 3:医療保険加入 4:生活保護廃止 5:障害者医療喪失 6:ひとり親家庭等医療喪失 7:制度改正 9:その他()
	却下通知年月日	却下理由	11:年齢非該当 12:転出(市内・市外) 13:医療保険未加入 14:生活保護受給 15:障害者医療受給 16:ひとり親家庭等医療受給 17:子ども死亡 19:その他()