

乳 医療

※コピー貼り付け可

負担者番号		
受給者番号		
子ども	ふりがな 氏名	
	生年月日	
保護者	住所	
	氏名	
有効期限		年 月 日
		年 月 日
交付年月日		年 月 日

健康保険証控え

※コピー貼り付け可

記号	
保険者番号	
被保険者氏名	
名称	
所在地	
資格取得日	

かかりつけ医療機関

	歯科	耳鼻科	眼科
病院名			
所在地			
電話番号			

緊急時連絡先

優先順位	続柄	氏名	電話番号	勤め先等
①				
②				
③				
④				

◎父母に連絡できない場合

連絡先	続柄	氏名	電話番号	勤め先等
①				
②				

※大切なお子さまを体調管理する保健に必要な情報です。
ご協力、ご理解の上ご記入をお願いします。