

緊急連絡先票

●▲■年度

病児保育室 こころキッズケア

児童写真貼る ※枠内に収まるサイズ	フリガナ	こころ たろう	自宅住所	〒142-0053	
	児童名	心 太郎		品川区中延2-6-4	
	生年月日	20××(西暦)年 月 日	自宅連絡先	03-6421-6332 (自宅番号がない場合は携帯番号)	
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	職場名	所要時間	携帯番号	優先順位
	こころ はなこ 心 花子	株式会社〇〇	20分	090-1111-2222	1
	(続柄)	職場の住所	職場の番号(部署・呼び出し名等)		
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	母	東京都品川区〇〇	03-2222-3333 (呼び出し名:佐藤)		4
	氏名(フリガナ)	職場名	所要時間	携帯番号	
	こころ じろう 心 次郎	こころ〇〇	120分	090-5555-6666	2
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	(続柄)	職場の住所	職場の番号(部署・呼び出し名等)		
	父	東京都新宿区〇〇	03-6666-7777 (部署:〇〇)		3
	氏名(フリガナ)	職場名	所要時間	携帯番号	
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	さとう よしこ 佐藤 良子	職場がない場合は自宅	120分	090-8888-2222	5
	(続柄)	職場の住所	職場の番号(部署・呼び出し名等)		
	祖母	神奈川県〇〇	04-2222-7777 (自宅)		6
緊急連絡送迎者写真貼る ※枠内に収まるサイズ	氏名(フリガナ)	職場名	所要時間	携帯番号	
	(続柄)	職場の住所	職場の番号(部署・呼び出し名等)		
			分		
備考欄					

【災害時:保育室児引き取り確認署名欄】

--

健康保険証、乳幼児医療証のコピーをお貼りください。

乳 児 医 療 証			
負担者番号			
受給者番号			
児 氏 名			男・女
童 生年月日	平成	年	月 日 生
保 護 者	住 所	〒	
	氏 名		
有効期間	平成	見本	日 から 平成 日 まで
<p>上記の者は、東京都日の出町こどもの医療費助成条例により医療費の一部を日の出町が助成することを証明する。</p> <p>東京都西多摩郡日の出町長</p>			
交付年月日	平成	年	月 日

健康保険被保険者証	本人（被保険者）	00163
		平成20年10月14日交付
	記号 21700023	番号 21
氏名	知野 太郎	
生年月日	昭和 51年 10月 22日	性別 男
資格取得年月日	平成 20年 10月 10日	
事業所名称	〇〇 株式会社	
保険者番号	01010011	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
		印