

子ども医療証交付申請書

年 月 日

(宛先)
枚方市長

申請者 住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号 () -

FAX () -

子ども医療証の交付を次のとおり申請します。
交付の対象者であることを確認するため、必要に応じて、関係機関に照会することに同意します。

お子様の健康保険の資格がわかるものを必ず添付ください

| | | | | |
|--------------|-------------|--|----------------------------|----------------------------|
| 対象者 (子ども) | フリガナ | | 受給者番号 | |
| | 氏名 | | 資格始期 | |
| | | | 生年月日 | |
| | 住所 | | 個人番号 | ※ 1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日 |
| | | | ※ 1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日 | |
| 保護者 | フリガナ | | 対象者との続柄 | |
| | 氏名 | | 生年月日 | |
| | | | 個人番号 | ※ 1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日 |
| | 住所 | | | |
| | | | ※ 1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日 | |
| 加入医療保険 | 被保険者又は組合員氏名 | | 区分 | 家族 |
| | 記号 | | 番号 | |
| | 保険者名称 | | 保険者番号 | |
| | 資格取得日 | | | |

以下の欄は記入不要です

| | | | | |
|----------|---------|--------------|----------|----------|
| 備考欄 | | | | |
| 公的所得状況資料 | 1. 課税台帳 | 2. 特別徴収税額通知書 | 3. 納税通知書 | 4. 所得証明書 |

| | | |
|-----|----|----|
| 受付印 | 入力 | 確認 |
| | | |