

# 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。

お子様の健康保険証（写）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		※ 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	
	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