様式第４号（第６条関係）

年齢拡大用

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）貼付欄　※ここにのり付けしてください。

			受給者番号	
対象者（子ども）	フリガナ		資格始期	2023.8.1
	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		
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	
	記　　号			
	保険者名称			
	資格取得年月日			

記入不要
（お子様の健康保険証（写）を左側に貼付してください）

受付印	入力	確認