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

			受給者番号	
対象者（子ども）	フリガナ		資格始期	
	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	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