

子ども医療証交付申請書

受付日	
受付者	

以下のとおり、申請します。

申請者は受給資格の有無その他必要な情報について、子ども医療証の受給資格を喪失するまでの間、公簿等で確認(電子計算機の利用を含む)することに同意します。

記入年月日	令和 年 月 日						
申請者 (保護者)	氏名 (フリガナ)	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話			
	住所	性別	配偶者	個人番号			
配偶者	氏名 (フリガナ)	続柄	同居・別居	別居の場合住所を記入			
	昭和・平成 年 月 日生 (男・女)	同居・別居					
	個人番号						
子ども	(フリガナ)	続柄	同居・別居	監護	生計	別居の場合住所を記入	
	平成・令和 年 月 日生	同居・別居		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 同上	
	個人番号					受給者番号 年 月まで	
	(フリガナ)	続柄	同居・別居	監護	生計	別居の場合住所を記入	
	平成・令和 年 月 日生	同居・別居		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 同上	
	個人番号					受給者番号 年 月まで	
	(フリガナ)	続柄	同居・別居	監護	生計	別居の場合住所を記入	
	平成・令和 年 月 日生	同居・別居		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 同上	
	個人番号					受給者番号 年 月まで	
	(フリガナ)	続柄	同居・別居	監護	生計	別居の場合住所を記入	
	平成・令和 年 月 日生	同居・別居		有・無	同一・維持	<input type="checkbox"/> 同上	
	個人番号					受給者番号 年 月まで	
	加入健康保険 (予定含む) 保険証の内容を転記	被保険者氏名 児童との続柄	父・母・他()	記号	番号	番号	
				保険者番号			

※区 処理 欄	事由発生	窓 口	発行	照合	郵 送	入力	照合	発送
	出生・転入・未申請 他[]							