

(宛先)板橋区長

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 年 月 日				電話									
							配偶者	有・無	個人番号											
	住所	板橋区																		
配偶者	氏 名																			
	(フリガナ)																			
	昭和・平成 年 月 日生		続柄	同居・別居	別居の場合住所を記入															
	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														
	個人番号																			
	(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														
	個人番号																			
	(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														
	個人番号																			
	(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														
	個人番号																			
	加入健康保険(予定含む)		種別	1. 社会保険 2. 国民健康保険・国保組合 3. 国家公務員共済組合 4. 地方公務員共済組合 5. 私立学校職員共済組合 6. 船員保険				保険者番号		保険者名称				資格取得年月日						
														年 月 日						
								記号		番号		被保険者氏名				児童との続柄				
																父・母・他()				
※区処理欄	事由発生		保険確認		窓口	発行		照合		郵送	入力		照合		発送					
	出生・転入・未申請 他[]		添付書類あり ・資格確認済み ・要情報連携																	