

# 子ども医療 医療証交付申請書

## (新規・再交付)

申請日：令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

申請者 住 所： 岸和田市 町

氏 名： 子との続柄( )

電 話： - -

岸和田市子ども医療医療証の交付を次のとおり申請します。

なお、交付の審査に際し、市長が保護者の所得及び子どもの加入する医療保険に関し、公簿により確認することについて同意します。

		受給者番号							
対象者 (子ども)	フリガナ		資格始期	H・R・西暦	年	月	日		
	氏 名	男 女	生年月日	H・R・西暦	年	月	日		
	住 所	1 申請者と同じ 2 岸和田市 町		(1月2日以降転入した方) 転入日:R・西暦 年 月 日					
保護者	フリガナ		続柄	父・母・その他( )					
	氏 名		生年月日	S・H・西暦	年	月	日		
	住 所	1 申請者と同じ 2 対象者(子ども)と同じ 3 岸和田市 町		(1月2日以降転入した方) 転入:R・西暦 年 月 日					
保護者	フリガナ		続柄	父・母・その他( )					
	氏 名		生年月日	S・H・西暦	年	月	日		
	住 所	1 申請者と同じ 2 対象者(子ども)と同じ 3 岸和田市 町		(1月2日以降転入した方) 転入日:R・西暦 年 月 日					
加入医療保険	被保険者・組合員 世帯主氏名		区分	本人・家族・一般・退職					
	記 号		番号						
	保険者名		保険者番号						
	資格取得日 認定年月日 適用開始年月日	H・R・西暦 年 月 日	附加給付の有無	有 ・ 無					

(確認事項)  申請者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・( )】 子の健康保険証 (サービスセンター受付の場合は保険証コピー添付要)(申請理由) 出生 / 転入 / 新規申請 / 年齢拡大 / 生保廃止 (廃止証明必要) / 他法公費廃止  
措置 (一時保護) 解除 (解除証明必要) / 再発行 (医療証回収: 有・なし)

受 付	システム 入 力	確 認

 証郵送( / )  更新