

記入例

受付印

岸和田市子ども医療 医療証交付申請書  
(新規・再交付)

〒・電

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費助成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	<b>キシワタ ジロウ</b>	資格始期	H・R・西暦	年	月	日	
	氏名	<b>岸和田 二郎</b> (男)	生年月日	H・R・西暦	<b>3</b> 年	<b>1</b> 月	<b>1</b> 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	<b>キシワタ イチロウ</b>	続柄	☒ ・母 ・その他 ( )				
	氏名	<b>岸和田 一郎</b>	生年月日	S・H・西暦	<b>2</b> 年	<b>2</b> 月	<b>2</b> 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	<b>キシワタ ハナコ</b>	続柄	父 ・ ☒ ・ その他 ( )				
	氏名	<b>岸和田 花子</b>	生年月日	S・H・西暦	<b>2</b> 年	<b>2</b> 月	<b>2</b> 日	
	住所	① 申請者と同じ 2 対象者(子ども)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				
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				
	<p>○ に必要事項を記入の上、『申請者の本人確認書類(写し)』と「児童の健康保険証(写し)」を一緒にお送りください。</p> <p>医療証郵送は、受付の約1週間後となります。</p>							

(確認)

(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