

R5.4.1～

受付印

本件、再交付してよろしいか

課長	参事 主幹	担当長	担当員

ひとり親世帯番号

〒 / 発送・〒

### ひとり親家庭医療証(再交付)申請書

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

(父母又は養育者) フリガナ ( )

氏 名:

電 話: - -

対象者	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄
	父母又は 養育者		H・R・西暦 年 月 日	本人		H・R・西暦 年 月 日
児 童		H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	
		H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	
		H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	
		H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	

第1 保 険	区分	記号	番号	
	被保険者 組合員・世帯主名	資格取得日 認定年月日・適用開始年月日		H・R 年 月 日
	被扶養者			
	資格取得日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
	保険者名	保険者番号	附加給付	有( 円以上)・無

第2 保 険	区分	記号	番号	
	被保険者 組合員・世帯主名	資格取得日 認定年月日・適用開始年月日		H・R 年 月 日
	被扶養者			
	資格取得日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
	保険者名	保険者番号	附加給付	有( 円以上)・無

(確認事項)

- 本人確認書類 【免・マイ・パス・手帳・在留・( )】
- 受給者全員の健康保険証

受付	入力	確認