

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
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		
	被扶養者				
	資格取得日	H・R 年 月 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		
	被扶養者				
	資格取得日	H・R 年 月 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