

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・窓

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： 子の続柄(父・母・())
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。

Table with columns for recipient (対象者), guardian (保護者), and family member (加入医療保険). Includes fields for name, address, birth date, and insurance status.

○ 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。

医療証郵送は、受付の約1週間後となります。

(確認事

*再発行を申請される方で、保険証が手元にない場合(再発行申請中等)は、保険証の写しの添付は必要ありません。新規申請の場合は必ず保険証の写しの添付が必要です。

(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 / 他法公費廃止(所得超過・婚姻(事実婚)・()) 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)

Table with columns: 受付, システム入力, 確認. Includes checkbox for 保険変更.

- 証郵送(/ 済) □ 更新
□ 証手書き(センターでの再発行の場合)
□ 住基反映遅れ