

受付印

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： 子との続柄(父・母・())

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		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 ()市・町・村()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 ()市・町・村()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・現況・()】 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) 国保同時加入 (サービスセンター受付時のみ)

(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 (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)

受付	システム 入力	確認
	<input type="checkbox"/> 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