

子ども医療証交付申請書

平成 年 月 日

守 口 市 長 様

申 請 者 住 所

(保護者) 氏 名

対象者との続柄 ()

電 話 (自宅)

(携帯)

下記のとおり子ども医療証の交付を申請します。

なお、住民基本台帳、市民税課税台帳、児童手当受給者台帳及び国民健康保険資格台帳により、必要に応じた調査を受けることを承認します。

(対象者)	住 所	守口市				
	ふりがな		個人番号			
	氏 名		生年月日	平成	年 月 日	性別 男・女

加入医療保険	記号		番号		
	被保険者	ふりがな			
		氏 名			
		資格取得日	平成	年	月 日
		附加給付	有 ・ 無		
	保険者	保険者番号			
		名 称	全国健康保険協会 () 支部 () 健康保険組合 () 国民健康保険 ()		

扶養義務者	父の氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	個人番号			
	住所			
	母の氏名			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	個人番号			
	住所			

記入上の注意

- 申請者の太線わく内について記入してください。
- 該当する内容について、文句を○で囲んでください。

申請事由	発生年月日	平成	年	月	日	医療証番号	受付
	1 出生	2 転入	3 保険加入			第 号	入力
	4 生保廃止	5 その他()					

子ども医療証交付申請書

平成 28 年 12 月 20 日

守口市長様

生計中心者(父、母、養育者)で所得の高い方もしくは生計を維持する程度の高い人

申請者住所 守口市京阪本通2-5-5
(保護者)氏名 守口太郎
対象者との続柄 (父)
電話(自宅) 06-6992-1221
(携帯) 090-001-0002

子どものことについて記入してください。

上記のとおり申請書の交付を申請します。

なお、住民基本台帳、住民税課税台帳、児童手当受給者台帳及び国民健康保険資格台帳により、必要に応じた調査を行うことを承認します。

(対象者) 子ども	住所	守口市京阪本通2-5-5			
	ふりがな	もりぐち いちろう	個人番号	9999 8888 7777	
	氏名	守口 一郎	生年月日	平成 26年 12月 31日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女

加入医療保険	記号	123	番号	12345	
	被保険者	ふりがな	もりぐち たろう		
		氏名	守口 太郎		
		資格取得日	平成 26 年 12 月 31 日		
		附加給付	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
	保険者	保険者番号	1270016		
		名称	全国健康保険協会(大阪)支部		
()健康保険組合					
()国民健康保険					

扶養義務者	父の氏名	守口 太郎		
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 62年 5月 20日		
	個人番号	1111 2222 3333		
	住所	守口市京阪通2-5-5		
	母の氏名	守口 花子		
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成 58年 10月 15日		
	個人番号	4444 5555 6666		
	住所	守口市京阪通2-5-5		

記入上の注意

- 申請者の太線枠内を記入してください。
- 該当する内容を「子どもの健康保険証をご覧になって記入してください。」

子どもの健康保険証をご覧になって記入してください。

父母の氏名・生年月日・申請時点の住所・個人番号を記載してください。

申請事由	発生年月日	平成 年 月 日	
	1 出生	2 転入	3 保険加入
	4 生保廃止	5 その他()	
第 号	入力		