

記入例

受付印

課長	参事 主幹	担当長	担当員

ひとり親世帯番号

〒 / 発送・郵

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		
				氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日	続柄			
対象者	父母又は 養育者	岸和田 花子	⑤・H・西暦 60年 1月 1日	本人		H・R・西暦 年 月 日						
	児 童	岸和田 一郎	④・R・西暦 25年 2月 1日	子		H・R・西暦 年 月 日						
		岸和田 二郎	④・R・西暦 26年 3月 1日	子		H・R・西暦 年 月 日						
		岸和田 三郎	④・R・西暦 27年 4月 1日	子		H・R・西暦 年 月 日						
				H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日					

に必要事項を記入の上、「対象者（ひとり親家庭医療対象の父・母・養育者のいずれかと児童）**全員**の健康保険資格が確認できるもの（以下参照）の写し」と「申請者（ひとり親家庭医療対象の父・母・養育者のいずれか）の本人確認書類の（写し）」を一緒にお送りください。

〈健康保険資格が確認できるもの〉

例：「健康保険証」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等になります。

（「適用開始年月日又は資格取得年月日」「記号・番号」「保険者番号」「被保険者」全ての記載があるものに限る）

※健康保険資格が確認できるものを紛失・再発行申請中・再発行予定等の場合は添付省略可能。

（注意）健康保険資格が確認できるものと医療証の両方を提示した場合のみ医療費助成の対象となります。

医療証郵送は、受付の約1週間後となります。