

記入例

受付印

〒・電・窓

岸和田市子ども医療 医療証交付申請書

(新規・再交付)

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。
申請に伴う対象者(子ども)の個人番号は【 】です。

			受給者番号							
対象者(子ども)	フリガナ	キシワタ ジロウ	資格始期	H・R・西暦	年	月	日			
	氏 名	岸和田 二郎	生年月日	H・ ☒ ・西暦	3	年	1	月	1	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	キシワタ イチロウ	続柄	☒ ・ 母 ・ その他 ()						
	氏 名	岸和田 一郎	生年月日	S・ ☒ ・西暦	2	年	2	月	2	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	キシワタ ハナコ	続柄	父 ・ ☒ ・ その他 ()						
	氏 名	岸和田 花子	生年月日	S・ ☒ ・西暦	2	年	2	月	2	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	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							

に必要事項を記入の上、下記のものと一緒にお願いします。医療証郵送は、
受付の約1週間後となります。

① 申請者の本人確認書類 (写し)

② 児童の健康保険資格が確認できるもの (写し)

※ 「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」の全て記載がある
ものに限る

(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
格確認画面」等

※再発行を申請される方で、健康保険資格が確認できるものが手元にない場合(再発行申請中等)は、
その写しの添付は必要ありません。 新規申請の場合は必ず写しの添付が必要です。

令和 年 月 日

岸和田市長 様

同 意 書

岸和田市が大阪府市町村乳幼児医療費助成事業費補助金(※)の交付申請に係る対象者(子ども)の判定事務で必要があるときは、私及び世帯員の地方税関係情報を公簿により確認することについて同意します。

保護者氏名 _____

※岸和田市が岸和田市子どもの医療費の助成に関する条例(平成5年条例第29号)に基づき助成した子どもの医療費のうち、一定の要件を満たす子どもの医療費助成額について、大阪府が岸和田市へ交付する補助金

 に日付と保護者様の氏名を記入の上、医療証交付申請書と一緒に
お送りください。