

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。
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	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・()】
☐ 子の健康保険資格が確認できるもの(サービスセンター受付の場合はコピー添付要)
☐ 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
	☐ 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