

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。