

R8.4.1～

受付印

本件、再交付してよろしいか

課長	参事 主幹	担当長	担当員

ひとり親世帯番号

〒 / 発送・〒

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
	父母又は 養育者	H・R・西暦 年 月 日	本人		H・R・西暦 年 月 日	
	児 童	H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	
		H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	
		H・R・西暦 年 月 日			H・R・西暦 年 月 日	
H・R・西暦 年 月 日				H・R・西暦 年 月 日		

第1保険	区分	記号	番号	資格取得日		
	被保険者 組合員・世帯主名			認定年月日・適用開始年月日		H・R 年 月 日
	被扶養者					
	資格取得日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
	保険者名	保険者番号		附加給付	有(円以上)・無	

第2保険	区分	記号	番号	資格取得日		
	被保険者 組合員・世帯主名			認定年月日・適用開始年月日		H・R 年 月 日
	被扶養者					
	資格取得日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
	保険者名	保険者番号		附加給付	有(円以上)・無	

(確認事項)

- 本人確認書類 【免・マイ・パス・手帳・在留・()】
- 受給者全員の健康保険資格が確認できるもの

受付	入力	確認