

子ども医療医療証 交付更新 申請書

受付	香・萱・西・東 堀・ね・市・保 担当者:
----	----------------------------

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者 住 所 寝屋川市

氏 名

電 話

下記のとおり子ども医療医療証の(交付・更新)を申請します。
また、医療証の職権更新について承諾します。

申 請 理 由		1 出生 2 転入 3 医療保険加入 4 その他()				
子どもの父	氏 名	年 月 日生				
子どもの母	氏 名	年 月 日生				
子 ども	住 所	寝屋川市				
	フリガナ		男・女	個人番号		
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄			
加 入 医 療 保 険	被保険者	住 所				
		フリガナ				
		氏 名	年 月 日生			
	保 険 種 別	協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国組				
	記 号 番 号			子どもの保険資格取得年月日		
保 険 発 行 機 関	保険者番号		年 月 日			
	名 称					
備 考						

同 意 書

寝屋川市子ども医療医療証の(交付・更新)に関し、事務手続きを処理するために限り、地方税法関係情報について取得することに同意します。

同意者 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____

認定年月日	年 月 日			
受給者番号	医療証の有効期間	から	まで	