

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

続 柄 連絡先

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	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	協会 ・ 健組 ・ 共組 ・ 国保 ・ 国組 ・ 日雇 ・ 船員	
	記 号 番 号		子どもの保険資格取得年月日
	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。

住 所 _____

同意者 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