

受給者番号					

子ども医療証交付申請書

泉南市長あて

令和 年 月 日

申請者 (被保険者)	住所											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	昭和	平成	年	月	日						
	個人番号											
	電話番号											

養育者 (申請者の 配偶者)	住所	1.申請者と同じ 2.その他										
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	昭和	平成	年	月	日						
	個人番号											
	子どもとの続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()										

下記のとおり医療証の交付を申請します。

申請理由		1.出生 2.転入 3.医療保険加入 4.生活保護廃止 5.ひとり親医療停止 6.その他()													
子ども	住所	1.申請者と同じ 2.その他										医療証資格取得日			
	フリガナ									性別	男・女	R	年	月	日
	氏名									続柄	1.子 2.その他 ()	保険加入日			
	生年月日	平成	令和	年	月	日	H・R					年	月	日	
	住所	1.申請者と同じ 2.その他										医療証資格取得日			
	フリガナ									性別	男・女	R	年	月	日
	氏名									続柄	1.子 2.その他 ()	保険加入日			
	生年月日	平成	令和	年	月	日	H・R					年	月	日	
	住所	1.申請者と同じ 2.その他										医療証資格取得日			
	フリガナ									性別	男・女	R	年	月	日
	氏名									続柄	1.子 2.その他 ()	保険加入日			
	生年月日	平成	令和	年	月	日	H・R					年	月	日	
加入 医療保険	保険種別	1.国民健康保険(泉南市・泉南市以外) 2.健康保険組合 3.全国健康保険協会 4.共済組合 5.その他()													
	記号	番号					保険者番号								
	被保険者名						保険者名称								

泉南市が子どもの医療費助成制度の事務手続きを処理するために、個人番号を通じて地方税関係情報及びその他必要とする公募等について閲覧、取得することに同意します。

令和 年 月 日

(保護者等署名) _____

(配偶者署名) _____