

こども医療証交付申請書

記入例

門真市長様

対象児童及び保護者の住民基本台帳や市民税課税台帳（他市町村を含む） <input checked="" type="checkbox"/>		左記のこととに同意し申請します。申請日 令和5年4月1日	
		申請者（保護者）住所 門真市中町1番1号	
		氏名 門真 太郎	
		連絡先 080-0000-0000	

童手証の認する

チェックを付けてください。

マイナンバーカードを健康保険証として登録している。

申請理由		① 出生 ② 転入 ③ 保険加入 ④ その他 ()				
対象児童	住所	① 申請者に同じ ② その他 ()				
	フリガナ	カドマ サブロウ		生年 月日	平成 令和 5年 3月 15日	
	氏名	門真 三郎		受給者番号		
	個人番号	0000000000000000		資格開始日	年 月 日	
			喪失日	年 月 日		
対象児童	住所	① 申請者に同じ ② その他 ()				
	フリガナ			生年 月日	平成 令和 年 月 日	
	氏名			受給者番号		
	個人番号			資格開始日	年 月 日	
			喪失日	年 月 日		
対象児童	住所	① 申請者に同じ ② その他 ()				
	フリガナ			生年 月日	平成 令和 年 月 日	
	氏名			受給者番号		
	個人番号			資格開始日	年 月 日	
			喪失日	年 月 日		

保護者（生計中心者）	住所	① 申請者に同じ ② その他 ()				
	前年1月1日の住所	① 門真市 ② その他 () 市区町村				
	今年1月1日の住所	① 門真市 ② その他 () 市区町村				
	氏名	① 申請者に同じ ② その他 ()		続柄	父・母・その他 ()	
				生年 月日	昭和 平成 60年 1月 1日	
	個人番号	0000000000000000				

備考 申請時に児童の健康保険の資格情報がわかるものの写しを添付してください。

市処理欄 ※以下は記入しないでください。

加入医療保険	児童手当	申請者本人確認	個人番号	点検事項	備考
種類：国保 社保 共済 国組 船員	□父 □母 □その他 () □公務員 □他市 □受給なし	□個人番号カード □運転免許証 □その他 ()	□個人番号カード □困難な理由有 □補記了承有	□保険資格開始日 □未就学児課税情報 未就学児 H29.4.2 以後の出生	
				点検	交付