

こども医療証交付申請書

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）、国民健康保険資格台帳、児童手当受給者台帳等により本医療証の資格の認定に必要な情報を確認することに同意します。	<input type="checkbox"/> 左記のことに同意し申請します。 申請日 申請者（保護者） 住所 氏 名 連絡先
--	---

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					生年月日	平成 令和 年 月 日
	氏名					受給者番号	資格開始日 年 月 日
	個人番号					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	資格開始日 年 月 日
	個人番号					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	資格開始日 年 月 日
	個人番号					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（ ）
個人番号					生年月日	昭和 平成 年 月 日	

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	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 他市 <input type="checkbox"/> 受給なし	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 困難な理由有 <input type="checkbox"/> 補記了承有	<input type="checkbox"/> 保険資格開始日 <input type="checkbox"/> 未就学児課税情報 未就学児 H29.4.2 以後の出生	点検	交付