

こども医療証交付申請書

年 月 日

高石市長 宛

住 所 高石市

申請者
(保護者)

氏 名

続 柄 TEL

下記のとおり、こども医療証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお以後、市町村民税の課税状況および健康保険加入状況を確認することを承諾します。

取 得 事 由	出生 転入 保険加入 他公費喪失	医療証取得年月日 年 月 日
	生保廃止 その他 ()	

対 象 者 (こども)	住 所	高石市	丁 目	番	号
	フリガナ		生 年 月 日	年 齢	男
	氏 名		年 月 日	歳	女

保 護 者	住 所	高石市	丁 目	番	号
	フリガナ				
	氏 名				

対 象 者 加 入 医 療 保 険 (こども)	被保険者氏名	被保険者との続柄					
	保険者名称	保 険 者 番 号					
	記号・番号						
		資格取得年月日 年 月 日					

※以下の項目は、記入していただくなくても結構です。

受給者番号								発行年月日	窓口・郵送	年 月 日
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------	-------	-------

処理欄	医療証	台 帳	所 得