様式第４号（第５条関係）

こども医療証交付申請書

令和　　年　　月　　日

高 石 市 長　　宛

申請者（保護者）	住　所　高石市
	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 生保廃止　その他（　　）	医療証取得年月日 令和　　年　　月　　日

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）	被保険者住所			
	被保険者氏名		保険種別	国保・協会・組合・船員・共済 日雇・国保組合・その他
	記　号	番　号	保険者名称	
	保険資格取得年月日 年　月　日		保　険　者　番　号	
	被保険者との続柄		付加給付	有　　無

※以下の項目は、記入していただかなくて結構です。

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