

こども医療証（交付・更新・再交付）申請書

受給者番号					
発行事由		1. 新規 2. 転入 3. 生活保護の廃止 4. 保険加入 5. 資格復活 6. 紛失 7. 盗難 8. 破損 9. その他()			
①受給者氏名		性別	生年月日		
		男・女	年 月 日		
加入 保 険	保険種別	協 組 日 船 共 国 国組 自 特定 後期			
	保険者名	保険者番号			
	被保険者名	受給者との続柄			
	記号	番号			
保 護 者 (後見人 親権者)	住所	TEL			
	氏名	生年月日	年 月 日	受給者との続柄	

和泉市長 あて

上記のとおり、医療証の(交付・更新・再交付)申請をします。

なお、申請に当たり公簿により所得等の確認をされることを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____ 受給者との続柄()
 (申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)
 電話番号() _____

対象児童の健康保険証の写しを必ず添付して下さい。

ここに対象児童の健康保険証の写しを貼り付けてください。