

医療証交付(更新)申請書

届出者 (保護者)	フリガナ		受給者から 見た続柄	
	氏名		マイナンバー (個人番号)	
	住所	羽曳野市 電話 ()		

羽曳野市長 様
 医療証の交付(更新)を以下のとおり申請します。なお、以後医療費の助成に関し必要な範囲で、羽曳野市個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例別表第2に規定する情報について、市が調査することに同意します。
 申請日 令和 年 月 日

申請する医療証	<input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療			
健康保険情報	<input type="checkbox"/> 社会保険(会社の保険等) <input type="checkbox"/> 羽曳野市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険			
受給者	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名		マイナンバー(個人番号)	
	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同一 <input type="checkbox"/> その他 [電話 ()]		
児 童 (ひとり親家庭医療のみ記入必要)	氏名	マイナンバー(個人番号)	生年月日	続柄
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 日	

(保険年金課使用欄)

申請理由	<input type="checkbox"/> 新規・・・出生・転入・手帳取得・生保廃止・資格要件取得・他公費喪失() (開始日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 更新・・・手帳更新・年度更新・その他() (開始日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他・・・()			
健康保険情報確認	<input type="checkbox"/> 社会保険(会社の保険等) <input type="checkbox"/> 羽曳野市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険			
備考欄(送付先など)				
その他状況	<input type="checkbox"/> 医療証手渡し済み(/)	受付	入力	確認
	<input type="checkbox"/> 医療証郵送済み(/)			