

医療証交付(更新)申請書

(窓口に来られた方) 届出者	フリガナ		受給者から見た続柄	
	氏名			
	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 子ども医療 ひとり親家庭医療 重度障害者医療

受給者	フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和				
	氏名			年 月 日				
	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同一 <input type="checkbox"/> その他 [電話 ()]						

(子ども医療のみ記入必要) 保護者	フリガナ		受給者から見た続柄	
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成
			年 月 日	

児童 (ひとり親家庭医療のみ記入必要)	氏名	個人番号	生年月日	続柄
			平成 令和	年 月 日
			平成 令和	年 月 日
			平成 令和	年 月 日

(保険年金課使用欄)

申請理由	<input type="checkbox"/> 新規(出生・転入・各種手帳、受給者証新規取得 平成・令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 更新(年度更新・受給者証更新 平成・令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()
健康保険情報	<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 <input type="checkbox"/> 社会保険組合等 <input type="checkbox"/> その他 } 要保険証コピー
保護者情報	<input type="checkbox"/> 加入保険の被保険者 <input type="checkbox"/> 本人の生計を主として維持する者、または生活の実態において本人を監護する者
その他状況	<input type="checkbox"/> 医療証発行手渡し(郵送)済み <input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済み

	受付	入力	確認