

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	ハクチョウ タロウ	受給者から見た続柄	父
	氏名	白鳥 太郎		
	住所	羽曳野市 誉田4-1-1 電話 072 (958) XXXX		

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。

該当項目に をして下さい

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	ハクチョウ イチロウ	生年月日	大正 昭和 28年 4月 1日 平成 令和
	氏名	白鳥 一郎	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者 <input type="checkbox"/> その他 お子様のお名前 お子様のマイナンバー 電話 ()		

(子ども医療のみ記入必要) 保護者	フリガナ	ハクチョウ タロウ	受給者から見た続柄	父
	氏名	白鳥 太郎	生年月日	昭和 平成 60年 1月 1日 令和
	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○

児 童 (ひとり親家庭医療のみ記入必要)	加入保険の被保険者のお名前 国民健康保険の場合は世帯主のお名前	個人番号	保護者様のマイナンバー	
		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・各種手帳、受給者証新規取得 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 更新(年度更新・受給者証更新 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()
------	---

お子様の保険証のコピーを添付してください。
 マイナンバーが分からない場合は、空欄でご提出ください。

その他状況	<input type="checkbox"/> 医療証発行済みの郵送 <input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済み	交付	入力	確認