

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において、所得状況等を公簿等により確認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				
	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"/> 医療証郵送済み(/)	受 付	入 力	確 認
	<input type="checkbox"/> 医療証手渡し済み(/)			