

乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書

荒川区長 殿

保護者等	住所	荒川区 2丁目 2番 3-216号					電話	090-1234-5678								
	フリガナ	アラカワ イチロウ					個人番号									
	氏名	荒川 一郎 (X年 X月 X日生)					子どもとの続柄	父	母	・	祖父	・	祖母	その他()		
子ども	フリガナ 氏名							生年月日	事務処理欄							
	1	アラカワ ジロウ							X年X月X日							
		荒川 次郎														
		個人番号														
	2															
		個人番号														
	3															
		個人番号														
		個人番号														
	加入医療保険	保険の種類	1 国保	2 組合	3 協会	4 日雇	5 船員	6 共済	7 その他()							
記号		XXXXXX					番号	XXXXXXXXXX								
保険者番号		X	X	X	X	X	X	X	保険者名称	○○○○○○○○○○						
被保険者氏名 組合員氏名		荒川 一郎					子どもとの続柄	父	資格取得日	X年 X月 X日						
加入医療保険の状況を確認できるものを添付してください。																
<p>受給者および対象児童の加入医療保険が確認できるもの(※)を必ず添付してください。</p> <p>※資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報の画面コピーなどの資格取得年月日(加入年月日)までわかるもの。</p>																
乳幼児・子ども・高校生等医療証の交付を申請します。																
なお、受給資格の認定及び受給期間中の事務執行に関し、区が必要に応じて所得等を公審等により確認するこに同意します。																
出生の場合は、必ずご記入ください。																
また、乳児家庭全戸訪問事業のため、荒川区保健所が必要に応じて上記申請に記載された情報(住所、電話、保護者の氏名及び乳児との関係並びに乳児の氏名及び生年月日)を利用することに(同意します・同意しません)。																
X年 X月 X日					保護者等氏名 荒川 一郎											

*太枠内は記入しないでください*事務処理欄

資格取得日	年 月 日	取得事由	出生・転入・生保廃止・保険加入 その他()		
交付年月日	年 月 日	交付方法	窓口・郵送		
備考				受付	