

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										生年月日	事務処理欄												
	氏 名																							
	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																								
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	XXXXXXXX										番号	XXXXXXXXXXXX											
	保険者番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	保険者名称	oooooooooooo												
	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。																							
	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。 ※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。</p> <p>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簿等により確認することに同意します。</p> <p>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 )。</p> <p>X年 X月 X日 保護者等氏名 荒川 一郎</p>																								

\*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