

こども・高校生等医療証交付申請書(兼現況届)

千代田区長 殿

下記のとおり医療証の交付を申請します。

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|------------------------------|----------|-----|--|--|
| 保 護 者 | 住 所 | 千代田区 電話 — — (昼間連絡先 —) 年1月1日の住所() | | | | | | |
| | 氏 名 | か _____ | | 窓口 来た人 | | | | |
| こども 氏名① | か _____ | 性 別 | 男・女 | 続 柄 | | | | |
| | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| こども 氏名② | か _____ | 性 別 | 男・女 | 続 柄 | | | | |
| | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| こども 氏名③ | か _____ | 性 別 | 男・女 | 続 柄 | | | | |
| | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 加 入 医 療 保 険 の 状 況 | 種 別 | 1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 その他 | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | | |
| | 保 険 者 | 被保険者名 | | | 保護者との続柄 | | | |
| | | 名 称 | | | 番 号 | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | | |
| | 電 話 | — | | | | | | |
| 年 金 | 種 別 | 1 厚生年金 2 私学共済 3 国家公務員共済 4 地方公務員共済 5 国民年金 6 未加入 | | | | | | |
| 他 制 度 | 児童手当受給 | 有・無 | 生活保護受給 | 有・無 | ひとり親医療助成 | 有・無 | | |
| | 心身障害者医療助成 | 有・無 | | | | | | |
| 備 考 欄 | ○健康保険証の写し ○年金加入証明書 ○平成 年にかかる児童手当に 準ずる課税(所得)証明書 | | | ◎ 認定及び現況届の際、公簿で確認することに同意します。 | | | | |
| | | | | 氏名 _____ 印 | | | | |

※健康保険証の写しを添付してください。

※必ず○を付けてください。

※下記の欄は記入しないでください

| | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--------------|
| 負担者番号 | | | | | | | 受付日 |
| 医療証番号① | | | | | | | 処理日 |
| 医療証番号② | | | | | | | 資格始期 |
| 保護者住記番号 | | | | | | | ←受給者画面の備考に入力 |
| こども住記番号① | | | | | | | |
| こども住記番号② | | | | | | | |
| こども住記番号③ | | | | | | | |

☆記名押印に代えて署名することができます。