

別記

子育て支援医療証交付申請書									
被 保 険 者	フリガナ				性別		生年 月日	生	
	氏 名				別		日		
	住 所								
	職 業								
乳 幼 児 等	フリガナ				性別		生年 月日	生	
	氏 名				別		日		
	住 所					被 保 険 者 (世帯主)との続柄			
扶 養 し て い る 児 童	氏 名		続 柄	生 年 月 日		同居・別居の別		※第3子以降該当者 ○印	
						同 ・ 別			
						同 ・ 別			
						同 ・ 別			
						同 ・ 別			
						同 ・ 別			
保 険 種 別					被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号									
所 得 金 額		円 (※)				被 扶 養 者		人	
※課税台帳等による確認				所得税課税の有無(生計中心者)				有 ・ 無	
上記のとおり申請いたします。 また、審査決定のため申請者及び家族の課税資料を閲覧することに同意いたします。									
令和 年 月 日									
住所 _____									
申請者 氏 名 _____ (印)									
殿 電 話 _____ ()									
※ 審 査 結 果						※ 摘 要			
※ 医 療 証 番 号									
※ 資 格 付 与 月 日									
※ 医 療 証 交 付 年 月 日									

太枠の中をご記入ください。

裏面に子どもの健康保険証の写しをお貼りください