

太子町子ども医療証交付申請書

年 月 日

太 子 町 長 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

電話番号

下記のとおり医療証の交付を申請します。
なお、以後医療費の助成に関し、確認が必要な場合は、課税台帳等の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により所得・課税状況等を確認することに同意します。

申 請 理 由		1 出 生 2 転 入 3 生 保 廃 止 4 そ の 他 ()												
対 象 者	住 所													
	フリガナ							生 年 月 日			性 別			
	氏 名							年 月 日			男 ・ 女			
	個人番号													
保 護 者	住 所													
	フリガナ							生 年 月 日			続 柄			
	氏 名							年 月 日						
	個人番号													
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 等	住 所												
		氏 名												
保 険	保 険 種 別	協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国 組							付加給付		有 ・ 無			
	記 号 番 号							資格取得年月日						
	発 行 機 関	所 在 地												
名 称								保 険 者 番 号						

町 処 理 欄	受 給 者 番 号							受 付	
	資 格 取 得 日	年 月 日							
	喪 失 予 定 日	年 月 日							
	証 交 付 日	年 月 日							

※申請者の欄及び太線わく内について記入してください。