

乳幼児医療証交付申請書

平成 年 月 日

(あて先) 八尾市長

※ 下記の太枠部分を記入してください。
注 郵送の場合は、被保険者名が記載された申請される
お子様の保険証のコピーを同封してください。

乳幼児医療証の交付を申請します。

なお、以下の者は本医療費の助成資格を受けるにあたり住民基本台帳、外国人登録原票、市民税課税台帳、健康保険などに関わる必要な情報のために各関係機関に対し調査および照会することを承諾します。

受付印

※事務記載欄（記入しないでください。）

主たる生計者	フリガナ			生年	昭和	年	月	日	
	氏名			月日	平成				
	住所			電話番号 () -					
対象乳幼児	フリガナ	続柄	生年	昭和	年	月	日		
	氏名		月日	平成					
	住所	同上・			性別 男・女				
保護者	父	フリガナ	生年	昭和	年	月	日	対象者と 同居・別居	
		氏名	月日	平成					
	母	フリガナ	生年	昭和	年	月	日	対象者と 同居・別居	
		氏名	月日	平成					
健康保険証	被保険者	フリガナ	生年	昭和	年	月	日	性別 男・女	
		氏名	月日	平成					
		住所	同上・						
		記号		番号		資格取得 年月日	平成	年	月
保険者	名称	八尾市国保 ・ 全国健康保険協会 ・ 健康保険組合 ・ 共済組合							
	番号	その他 ()							

※別居の場合は、備考欄に記入してください。

受給者番号						
資格取得事由						
1. 出生 2. 転入 3. 保険加入						
4. 生保廃止 5. その他 ()						
住民登録日(対象者)				子手状況		
平成 年 月 日				父・母		
保険資格開始日(対象者)				()		
平成 年 月 日						
所得証明						
八尾市 ・ 他市 (依頼 ・ 提出済)						
〇歳児 八尾市 ・ 他市 依頼 ・ 提出済						
処理状況						
受付		確認		その他	仮登録	
備考	別居の場合の住所					