

子ども医療証交付申請書

(あて先) 八尾市長

子ども医療証の交付を申請します。

※なお、以下の対象者及び保護者等において、対象年齢の18歳まで本医療費の助成資格等を受けるにあたり住民基本台帳、住民税課税台帳、健康保険等に関わる必要な情報のために各関係機関に対し、調査及び照会することについて同意します。

受付印

※左の太枠欄のみ消えない黒のボールペンでご記入ください。

		提出日		令和		年		月		日																							
対象の子ども	フリガナ																																
	氏名	生年月日										平成	年	月	日																		
		マイナンバー (個人番号)											保護者連絡先	-	-																		
住所	八尾市																																
保護者	主たる生計者	フリガナ											フリガナ																				
		氏名											続柄												続柄								
			<input type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。												<input type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。																		
		マイナンバー (個人番号)											マイナンバー (個人番号)																				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日											生年月日	昭和・平成 年 月 日																			
	現住所	子に同じ											現住所	子に同じ																			
	今年1月1日の住所	八尾市											今年1月1日の住所	八尾市																			
	前年1月1日の住所	八尾市											前年1月1日の住所	八尾市																			
健康保険資格情報	対象の子ども	被保険者 (お子さまが誰の健康保険に入っているか)	父・母・その他		その他の場合のみ記入		フリガナ											氏名											続柄				
			生年月日	昭和・平成 年 月 日											生年月日	昭和・平成 年 月 日																	
	保険の種類 (該当するものに○)	市町村国民健康保険・国民健康保険組合・社会保険・共済組合																															
	記号・番号・枝番	記号											番号											枝番									
<p>上記に記入のうえ、健康保険資格情報の分かる書類(※)の添付をお願いします。</p> <p>※健康保険資格情報の分かる書類(いずれも写しで可) 資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータル上のオンライン資格確認画面、健康保険証(令和6年12月2日から最大1年間有効(先に有効期間が到来する場合はその有効期間まで))等</p>																																	

【事務記載欄】下記には記入しないでください。

・受給者番号 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				
・資格取得日 R 年 月 日				
・資格取得事由 1.出生 2.転入 3.生保廃止 4.制度移行 5.その他				
・住民登録日(対象者) 年 月 日				
・(証記載の)有効期間 R 年 月 日 ; R 年 3 月 31 日				
・所得確認 八尾市・他市(就学前・就学後)				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">入力</td> <td style="width: 25%;">入力発行確認</td> <td style="width: 25%;">府費</td> <td style="width: 25%;">市費</td> </tr> </table>	入力	入力発行確認	府費	市費
入力	入力発行確認	府費	市費	
備考 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				