

医療証交付申請書

柏原市長 様

申請者	住所	柏原市
	フリガナ	
	氏名	
	電話	

下記のとおり医療証の交付を申請します。

なお、資格の認定に必要な公簿等を閲覧されることを承諾します。

申請理由		1.出生 2.転入 3.保険加入 4.その他 ()					
対象児童	住所	1.申請者に同じ 2.その他 ()					
	フリガナ		性別	男・女	続柄		
	氏名		生年月日		平・令	年	月 日
加入医療保険の状況	被保険者等	住所	1.申請者に同じ 2.その他 ()				
		氏名	1.申請者に同じ 2.その他 ()			対象児童との続柄	
	保険種別		1.国民健康保険→(柏原市/柏原市以外) 2.健康保険組合 3.全国健康保険協会 4.共済組合 5.その他 ()				
	記号			番号		枝番	
	保険者番号						
	認定年月日		年 月 日				
	発行機関	所在地					
		名称					
		電話					
	市処理欄	受給者番号				備考	
資格取得日		年 月 日					
喪失予定日		年 月 日			入力処理		
証交付日		年 月 日			受付日	年 月 日	

※お子さんの健康保険の資格情報がわかるもの(資格情報のお知らせ等)の写しを添付してください。