

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	⑨		
	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 ()			
対象乳幼児	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	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 ()		対象乳幼児との続柄	
医療保険の状況	保険種別		1 国保一般 2 国保退職 3 協会けんぽ 4 健保組合 5 日雇 6 船員 7 共済 8 国保組合 9 特例退職		附加給付 有 ・ 無
	記号		番号		
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証の写しを添付してください。