

こども医療申請

(申請先) 茨木市長

- 市町村課税台帳や住民基本台帳、国民健康保険台帳等により、所得や記載内容及び個人番号等を確認することに同意します。
- また、この申請書の記載事項に不備がある場合は茨木市が訂正することに同意します。
- 下記のとおり ☐ 医療証の交付を申請します。
☐ 変更しましたので届けます。

左記のことに同意し申請します。
(記名押印に代えて署名することができます。) 申請日 年 月 日

申請者
(保護者) 住所

氏名
個人番号 主たる養育者
個人番号 配偶者

子との続柄
電話

(事務処理欄) ※記入不要

受給者	受給者番号				
	受給者氏名			生年月日	性別
	住所				
資格	異動理由	(適用) 該当 転入 保険加入 生保廃止 職権該当 その他適用	異動年月日		
		(変更) 保険変更 停止 復活 その他変更(履歴作成)	負担区分		
		宛名変更 証再発行 証回収	所得	(所得制限内・超過) 扶養数	
		(喪失) 死亡 転出 生保開始 他公費移行年令到達 職権喪失(死亡・転出・消除) その他喪失		所得(控除後) 制限額	
加入保険	保険種別				
	保険者番号	保険者名			
	記号	番号			
	取得年月日				
	被保険者名				

情報連携	☐ マイナンバーを利用して、茨木市がこどもの健康保険情報を照会することに同意します。
	こどもの健康保険の被保険者名(保護者等):

備考	
----	--

【証有効期間】

～