

こども医療申請

(申請者記入欄)マイナ保険証をご利用の方は下部太枠内もご確認ください。

(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、この申請は茨木市が訂正
- 下記のとおり

保護者の情報をご記入ください。

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 2024年 1月 1日

申請者(保護者)住所 茨木市駅前三丁目8番13号

氏名 茨木 太郎

個人番号 主たる養育者 0000 0000 0000
個人番号 配偶者 0000 0000 0000

子との続柄 父

電話 000-0000-0000

(事務処理欄)※記入不要

受給者	受給者番号			生年月日	性別
	受給者氏名				
	住所				
資格	異動理由	(適用) 該当職権	記入不要です。		
		(変更) 保険			
		宛名			
	(喪失) 死亡 転出 生保開始 他公費移行 年令到達	所得	所得(控除後)	制限額	
	職権喪失(死亡・転出・消除)	その他喪失			
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	こどもの健康保険情報について下記を確認し、同意される場合は☑をご記入の上、こどもが誰の健康保険に加入しているかをご記入ください。			
	被保険者名				

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