

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。

(事務処理欄) ※記入不要

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 _____

生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 子との続柄 _____

電話番号 _____ (_____)
個人番号 主たる養育者 _____
個人番号 配偶者 _____

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 生保廃止 職権該当 その他適用	異動年月日
		(変更) 保険 住所 その他変更(履歴作成) 氏名 証再発行	負担区分
	(喪失) 転出 死亡 他公費移行 生保開始 その他喪失	所得	(所得制限内・超過) 扶養数 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		

受付年月日

情報連携	<input type="checkbox"/> 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】

~

○児童手当	父・母 <input type="checkbox"/> 茨木市 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 他市	○ひとり親	茨木児扶申請 前市児扶受給	有・無 有・無
○保険	父・母	○未婚出生	児扶申請	有・無
		○子のみ転入	児手受給者の住民票 茨木市・他市(_____ 市)	<input type="checkbox"/> 同意書