

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	☐ 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】

~