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 合は茨木市が訂
・ 下記のとお 。

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
生年月日　平成〇 年 〇 月 〇 日　子との続柄　父
電話番号　000-0000-0000　（　父　）
個人番号主たる養育者
個人番号配偶者

（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 （変更 （喪失	）	扶養数 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			

記入不要です。

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。

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）：　茨木　太郎

備考	

【証有効期間】　～