

別記

第1号様式（第5条関係）

乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書

(宛先) 中央区長

次のとおり医療証の交付を申請するとともに、審査のための所得状況、他制度医療費助成の状況等について公簿により確認することに同意します。

申請者 (保護者)	住	中央区						申請日*						
	所*	電話番号 ()						年 月 日						
氏名*	(ふりがな)	子どもとの続柄*			生年月日*									
					年 月 日									
保護 する 子 ど も	個人番号										受給者番号			
	(ふりがな)*			続柄*	生年月日*		医療証の種類*							
	氏名*													
	1	(ふりがな)				年 月 日		乳幼児 子ども 高校生等		医療証資格取得年月日				
										年 月 日				
	2	(ふりがな)				年 月 日		乳幼児 子ども 高校生等		医療証資格取得年月日				
										年 月 日				
	3	(ふりがな)				年 月 日		乳幼児 子ども 高校生等		医療証資格取得年月日				
										年 月 日				
	4	(ふりがな)				年 月 日		乳幼児 子ども 高校生等		医療証資格取得年月日				
								年 月 日						
子ども の 加 入 健 康 保 険	保険の種類*	1 協会 2 組合 3 共済 4 国保 5 その他												
	被保険者氏名*					申請者との続柄*		本人・ ()						
	被保険者等 記号番号	記号				番号	. . . (枝番) . . .							
	保険者名					保険者番号								

太枠の中を記入してください。

*欄は記入必須。

区 処 理 欄	
------------------	--