

# 乳幼児・子ども医療証交付申請書

(あて先) 中央区長

下記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及び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)	住所	中央区				申請日		
		丁目		番 号		年 月 日		
		電話番号 ( )						
氏名	(フリガナ)		子どもとの続柄		生 年 月 日			
					年 月 日			
保護者の加入年金	1 国民年金    2 厚生年金    3 共済年金    4 その他 ( )    5 未加入							
保 護 す る 子 ど も	(フリガナ)		性 別	続 柄	生 年 月 日	医 療 証 の 種 類	受給者番号	
	氏 名						年 月 日	
	(フリガナ)		男		年 月 日	乳幼児	年 月 日	
	(フリガナ)		女		年 月 日	子ども	年 月 日	
	(フリガナ)		男		年 月 日	乳幼児	年 月 日	
	(フリガナ)		女		年 月 日	子ども	年 月 日	
	(フリガナ)		男		年 月 日	乳幼児	年 月 日	
	(フリガナ)		女		年 月 日	子ども	年 月 日	

※ 太線の中を記入してください。

(医療証の交付を申請する) お子様の保険証を添付してください。

郵送で申請される場合は申請するお子様の保険証(表面)のコピーを添付してください。

区 処 理 欄	
------------------	--