

児手		完・増・未
保・振・確・申		

子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長あて

☆児童の健康保険証などの
コピーが必要です（裏面参照）

申請者 (被保険者)	住所											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	昭和・平成・西暦	年	月	日							
	個人番号 (マイナンバー)											
電話番号												

養育者 (申請者の 配偶者)	住所	1. 申請者と同じ 2. その他 ()											
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	昭和・平成・西暦	年	月	日								
	個人番号 (マイナンバー)												
	児童との続柄	父・母・その他 ()											

下記のとおり医療証の交付を申請します。なお、私及び養育者は、「吹田市個人番号の利用等に関する条例」第3条に基づき、市職員が地方税関係情報について取得、又は所得状況の調査をすることに同意します。

申請理由		1. 出生 2. 転入 3. 医療保険加入 4. 生活保護廃止 5. ひとり親医療廃止 6. その他 ()															
児童	住所	1. 申請者と同じ 2. その他 ()										受給者番号 ※職員記入欄					
	フリガナ																
	氏名	性別										男・女	医療証資格取得日	平成	年	月	日
			続柄										1. 子 2. その他 ()	保険加入日	平成	年	月
	生年月日	平成・令和・西暦		年	月	日											
	住所	1. 申請者と同じ 2. その他 ()										受給者番号 ※職員記入欄					
	フリガナ																
	氏名	性別										男・女	医療証資格取得日	平成	年	月	日
			続柄										1. 子 2. その他 ()	保険加入日	平成	年	月
生年月日	平成・令和・西暦			年	月	日											
住所	1. 申請者と同じ 2. その他 ()										受給者番号 ※職員記入欄						
フリガナ																	
氏名	性別										男・女	医療証資格取得日	平成	年	月	日	
		続柄										1. 子 2. その他 ()	保険加入日	平成	年	月	日
生年月日	平成・令和・西暦		年	月	日												
加入 医療保険	保険種別	1. 国民健康保険→(吹田市・吹田市以外) 2. 健康保険組合 3. 全国健康保険協会 4. 共済組合 5. その他 ()															
	記号	番号					保険者番号										
	名称	全国健康保険協会										健康保険組合 共済組合 支部					
※備考											※職員記入欄						
											マイナポータル (資格取得日確認)	<input type="checkbox"/>					

合計所得金額		扶養控除	
受給者			
諸控除	医 / 小 / ()		

案内	不足書類	受付	入力
HP	保・同 (期限 /)		<input type="checkbox"/> 情報連携要 <input type="checkbox"/> 即日入力済

郵送で申請される方は、児童の健康保険の加入内容がわかるもの
(以下のいずれか1点)のコピーを同封してください。

- ① 健康保険証
- ② 資格情報のお知らせ
- ③ 資格確認書
- ④ マイナポータル上の資格情報画面 (※)

※氏名、記号・番号、資格取得年月日、保険者名、保険者番号が表示されている部分。

(市役所の窓口で申請されるときは、こちらでコピーをさせていただきますので、
上記書類の原本をお持ちください。)

