

高槻市子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)
高槻市長

申請者	住所	高槻市		
	氏名		電話	

次のとおり高槻市子ども医療証の交付を申請します。

対象者及び保護者の世帯員について、地方税関係情報により記載内容を確認することに同意します。

保護者	フリガナ 氏名	生年月日
		年 月 日
	申請者と別居の 場合の住所	
対象者	フリガナ 氏名	生年月日
		年 月 日
	保護者と別居の 場合の住所	

※事務記載欄（記入しないください）		
医療証番号		
交付理由		
負担区分		
資格取得日		
所得確認 <input type="checkbox"/> 不要		
<input type="checkbox"/> 1/1高槻市以外【父・母・】		
<input type="checkbox"/> 1/1海外【父・母・】		
<input type="checkbox"/> 兄弟受給者有		
転入日	/	/
児童手当の申請		
済	市外	公務員
備考欄		
受付担当		医療証交付日

加入健康保険	記号		番号		
	被保険者	氏名			
		資格取得日	年 月 日		
	保険者	保険者番号			
名称		全国健康保険協会()支部 ()健康保険組合 ()共済組合 ()			