

## 高槻市子ども医療証交付申請書

※誕生日・転入日から1ヶ月を過ぎますと、申請月からの資格となります。  
また、健康保険の給付資格がない期間は助成の対象外となります。

令和XX年XX月XX日

(宛先)  
高槻市長

|     |    |                |    |               |
|-----|----|----------------|----|---------------|
| 申請者 | 住所 | 高槻市<br>桃園町2番1号 |    |               |
|     | 氏名 | 高槻 太郎          | 電話 | 090-1234-56XX |

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

父母のうち生計中心者(所得の高い方)の氏名を  
記入してください。

|                  |            |                                      |       |
|------------------|------------|--------------------------------------|-------|
| 保護者              | フリガナ<br>氏名 | 生年月日                                 | 医療証番号 |
|                  | タカツキ タロウ   | 平成XX年XX月XX日                          |       |
|                  | 高槻 太郎      |                                      |       |
| 申請者と別居の<br>場合の住所 |            | 申請者と保護者が別住所の場合は、保護者<br>の住所を記入してください。 |       |
| 対象者              | フリガナ<br>氏名 | 生年月日                                 | 資格取得日 |
|                  | タカツキ ハナコ   | 令和XX年XX月XX日                          |       |
|                  | 高槻 花子      |                                      |       |
| 保護者と別居の<br>場合の住所 |            | 保護者と対象者が別住所の場合は、対象者<br>の住所を記入してください。 |       |

|        |      |   |             |     |   |   |   |   |
|--------|------|---|-------------|-----|---|---|---|---|
| 加入健康保険 | 記号   | XXXXXXXX                                      | 番号          | XXX |   |   |   |   |
|        | 被保険者 | 氏名  | 高槻 太郎       |     |   |   |   |   |
|        |      | 資格取得日   | 令和XX年XX月XX日 |     |   |   |   |   |
|        | 保険者  | 保険者番号   | X           | X   | X | X | X | X |
| 名称     |      | 全国健康保険協会(●●)支部<br>( )健康保険組合<br>( )共済組合<br>( ) |             |     |   |   |   |   |

加入健康保険欄は、お子様の加入(予定)健康保険証を参照のう  
え記入してください。

被保険者とは、保険の主たる  
加入者のことです。父母以外の  
場合は、被保険者氏名欄に対象  
者との続柄も記入してください。  
【例:高槻 大次郎(祖父)】  
高槻市国保の場合は、世帯主にな  
ります。

|      |        |
|------|--------|
| 受付担当 | 医療証交付日 |
|      |        |