

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 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 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 場合の住所		申請者と保護者が別住所の場合は、保護者 の住所を記入してください。	
対象者	フリガナ 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 場合の住所		保護者と対象者が別住所の場合は、対象者 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 ()健康保険組合 ()共済組合 ()						

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