

子ども医療証交付申請書

受付日  
受付者

以下のとおり、申請します。

申請者は受給資格の有無その他必要な情報について、子ども医療証の受給資格を喪失するまでの間、公簿等で確認(電子計算機の利用を含む)することに同意します。

日中連絡のつく連絡先をご記入ください

記入年月日 令和 〇〇年 2月 1日  
申請者 (保護者) 氏名 (フリガナ) イタバシ シンイチ 板橋 親一  
生年月日 昭和 〇〇年 5月 3日 平成 性別 (男) 女 配偶者 (有) 無 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2  
住所 板橋区 板橋2-66-1  
それぞれの個人番号欄は、わかる方のみご記入ください  
配偶者 氏名 (フリガナ) イタバシ ハハナ 板橋 母奈  
昭和 (平成) 〇〇年 10月 6日生 (男) 女  
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 3  
同居 別居  
別居の場合住所を記入  
監護: 児童を監督・保護していること (保護者として児童を養育していること)  
子ども (フリガナ) イタバシ イタロウ 板橋 板郎  
平成 (令和) 〇〇年 1月 5日生  
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 4  
同居 別居 監護 (有) 無 生計 (同一) 維持  
別居の場合住所を記入  
受給者番号 年 月 まで  
(フリガナ) イタバシ ハシコ 板橋 橋子  
平成 (令和) 〇〇年 5月 7日生  
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 5  
同居 別居 監護 (有) 無 生計 (同一) 維持  
別居の場合住所を記入  
受給者番号 年 月 まで  
保護者と子どもが別居の場合、子どもの住所をご記入ください。他の書類が必要となる場合がありますので、お問い合わせください。  
加入健康保険 (予定含む) 保険証の内容を転記 被保険者氏名 児童との続柄 父・母・他( ) 記号 番号 保険者番号  
受給者番号 年 月 まで

※区処理欄  
事由発生 出生・転入・未申請 他[ ]  
発行 照合 郵送 入力 照合 発送