

子

子ども医療

証交付申請書・受給資格変更（喪失）届出書

令和 年 月 日

申請者（保護者）

（宛先）東大阪市長

次のとおり関係書類を添えて申請（届出）します。

なお、以後医療費の助成に関する事務において、市が必要とする子ども及び保護者（世帯員を含む）の住民登録並びに地方税法関係等の情報を公簿等（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）により閲覧及び確認すること並びに関係機関に照会することに同意します。

住所 東大阪市
氏名
電話
生年月日 S・H 年 月 日
個人番号

太枠の中のみご記入ください。

子ども（受給者）
フリガナ
氏名
生年月日
受給者番号
住所
医療保険
種別
記号
保険者番号
子どもの保険加入日
連絡先

※審査欄
適用日
喪失日
証回収日
備考欄
児童手当受給者
担当者
出生 転入 保険加入 生保廃止
他公費喪失 その他
転出 生保開始 他公費適用 死亡
その他
保険変更 住所変更 氏名変更 保護者変更
その他
父・母・その他
入力日
受付者
受付印