

乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書

荒川区長 殿

保護者等	住 所	荒川区		丁 目		番 号		電 話					
	フリガナ							個人番号					
	氏 名	(年 月 日生)						子 ども との続柄		父・母・祖父・祖母 その他()			
子 ど も	フリガナ						生年月日		事務処理欄				
	氏 名												
	1												
		個人番号											
	2												
		個人番号											
	3												
個人番号													
加 入 医 療 保 険	保険の種類	1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 7 その他 ()											
	記号					番号							
	保険者番号						保険者名称						
	被保険者氏名 組 合 員氏名					子どもと の続柄		資格取得 日					
	加入医療保険の状況を確認できるものを添付してください。												
乳幼児・子ども・高校生等医療証の交付を申請します。 なお、受給資格の認定及び受給期間中の事務執行に関し、区が必要に応じて所得等を公簿等により確認することに同意します。 また、乳児家庭全戸訪問事業のため、荒川区保健所が必要に応じて上記申請に記載された情報(住所、電話、保護者の氏名及び乳児との関係並びに乳児の氏名及び生年月日)を利用することに(同意します・同意しません)。 年 月 日 保護者等氏名													

*太枠内は記入しないでください*事務処理欄

資格取得日	年 月 日	取得事由	出生・転入・生保廃止・保険加入 その他 ()	
交付年月日	年 月 日	交付方法	窓口 ・ 郵送	
備考				受付