

乳幼児・子ども 医療証交付申請書

荒川区長 殿

保護者	住所	荒川区 荒川2丁目 2番 3-216号				電話	090-1234-5678			
	フリガナ	アラカワ イチロウ				乳幼児・子どもとの続柄	父・母・祖父・祖母 その他()			
	氏名	荒川 一郎 (××年 ×月×日生)								
乳幼児・子ども	フリガナ		生年月日		性別	事務処理欄・受給者番号				
	氏名									
	1	アラカワ ジロウ 荒川 二郎		××年 ×月 ×日		男・女				
	2	お子様の加入している保険 または加入予定の保険		年 月 日		男・女				
3	年 月 日			男・女						
加入医療保険	記号	18-30				番号	9999			
	被保険者氏名 組合員氏名	荒川 一郎				乳幼児・子どもとの続柄	父			
	保険者	番号	1	3	8	1	8	0		
	名称	荒川区								
<p>乳幼児・子ども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、生年月日及び性別)を利用することに (<input checked="" type="radio"/> 同意します ← <input type="radio"/> 同意しません)。 出生の場合は、必ず記入してください。</p> <p>××年 ×月 ×× 日 保護者氏名 荒川 一郎</p>										

*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
保険種別	協会・組合・日雇・船員・共済	
交付年月日	年 月 日	交
児童手当	有無 ()	備考
		受付

お子様の加入している保険または加入予定
の **保険証** (表面のコピー) を
添付してください