

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 丁目 番 号			電話			
	フリガナ				乳幼児・子どもとの続柄	父・母・祖父・祖母 その他()		
氏名	(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			年 月 日	男・女			
	2			年 月 日	男・女			
3			年 月 日	男・女				
加入医療保険	記号				番号			
	被保険者氏名				乳幼児・子どもとの続柄			
	組合員氏名							
保険者	番号							
	名称							
<p>乳幼児・子ども医療証の交付を申請します。</p> <p>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。</p> <p>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 (同意します ・ 同意しません)。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 保護者氏名</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	取得事由	出生・転入・生保廃止・保険加入 その他()		
保険種別	協会・組合・日雇・船員・共済・国保・国組・その他()				
交付年月日	年 月 日	交付方法	窓口 ・ 郵送		
児童手当	有無 ()	備考			受付