

様式第1号（第4条関係）

子ども医療証交付申請書

年 月 日

島本町長 様

申請者（保護者） 住 所 島本町 _____

※対象者が18歳以上の場合は本人

氏 名 _____

電 話 _____

対象者との続柄（ ）

次のとおり子ども医療証の交付を申請します。

また、対象要件の確認のため、住民登録、他の公費負担医療の受給状況等について、関係機関に照会し、関係台帳等により確認することを承諾します。

申請理由	1 出生				
	2 転入	転 入 日	年 月 日		
	3 その他（ ）	対象となった日	年 月 日		
対 象 者 (子ども)	(フリガナ)		性 別	生 年 月 日	年 齢(申請日時点)
	氏 名		男・女	年 月 日	歳
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）			

対象者が 加入する 医療保険	種 別	1 国保 2 社保 3 共済		
	記 号 ・ 番 号	—		
	保 険 者	番 号		
		名 称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※処理欄（以下は、町で記入）

受 付	対応者（ ）／受付日（ 年 月 日）	
添 付 書 類	保険証の写し	済・未
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
処 理	システム入力	済・未
	医療証印刷	済・未
	医療証送付日	年 月 日