

子ども医療証交付申請書

(宛先)名古屋市長

次のとおり申請します。また、医療費の助成について必要な場合は、名古屋市において市民税に関する課税資料(必要に応じた世帯分を含む。)及び子どもの健康保険情報を確認されることに同意します。

申請日		年	月	日	医療証番号										
(生計費を負担している方) 対象者	住所	名古屋市												区	
	氏名	(年 月 日生) 子どもとの続柄 ()				電話番号									
子ども	住所	☐ 対象者と同じ 名古屋市													区
	フリガナ					生年月日	年		月		日				
	氏名					個人番号									
子どもの健康保険加入状況	被保険者氏名	☐ 対象者と同じ (年 月 日生) 子どもとの続柄 ()													
	記号 番号	記号				番号				枝番					
	保険者 番号					保険者名称									
備考	(被保険者と対象者が異なる場合の被保険者住所等)														

事由	事由発生年月日	年	月	日
	☐ 出生(新規)	☐ 他市町村からの転入	☐ 医療保険の資格を取得	☐ 他制度からの移行
	☐ 生活保護廃止	☐ 施設退所	☐ その他 ()	

決裁			資格審査	☐ 認定 ☐ 却下 ()	受理		・	・
課長	課長補佐	担当者			取得		・	・
					交付		・	・
					受付		入力	