

乳幼児
子ども 医療費受給資格証交付(更新)申請書

子 ど も	フリガナ	個 人 番 号									
	氏 名										
	生年月日 年 月 日	住 所 生駒市									
子どもを主として 養育している者	フリガナ	個 人 番 号									
	氏 名										
	生年月日 年 月 日	住 所 □ 同上									
	受給者との続柄： 父・母・その他()										
加 入 医 療 保 険 (市役所記入欄)	保険者番号		保険者名称								
	記号		番号								
	扶養義務者										
	備考										
交 付 申 請 理 由	1. 出生したため 4. 保険に新たに加入したため										
	2. 小学校に入学したため 5. その他()										
	3. 転入してきたため										
(交付事由発生年月日)		令和 年 月 日									
上記のとおり、乳幼児 子ども 医療費受給資格証の交付を申請するとともに、以下のことに同意します。											
・市長が保険資格情報等について公募等により確認すること。											
・高額療養費の支給を受けることができる場合、医療機関等が診療報酬明細書の写し、保険資格情報その他所得区分の確認に必要な情報を市長に提出すること。											
年 月 日		住 所									
生駒市長 殿		申 請 者									
		氏 名									
		電 話 : - -									
		日中連絡先 : - -									
		▶ 申請者との続柄:配偶者・その他()									

市役所処理欄	入力	確認	発行
	/	/	/
本人個人番号の確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.その他()		
本人又は代理人の身元(実存)の確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.免許証 4.その他()		