

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度 医療証交付申請書（兼現況届）

東京都羽村市長 宛

下記のとおり、乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度の医療証の交付を申請します。
また、制度受給資格期間における申請者等の保険情報・他制度受給状況等の審査に係る情報について、情報連携等にて取得することに同意します。

氏名

記

												年 月 日 申請		
□申請者 □配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日		□申請者 □配偶者	フリガナ		生年月日	年 月 日				
	氏名		対象児童との続柄	父・母・（ ）			氏名		対象児童続柄	父・母・（ ）				
	住所地 (住民票上)		電話番号				住所地 (住民票上)		電話番号					
対象児童	フリガナ		生年月日			他制度受給	マル障・マル親・生活保護・他		乳子青	出生・転入・受給者変更		・ ・		
	氏名		監護・生計関係	有 ・ 無	同居 ・ 別居	加入保険 ※	社保・市国保・都外国保・他			認定・却下 年 月 日【 】				
	フリガナ		生年月日			他制度受給	マル障・マル親・生活保護・他		乳子青	出生・転入・受給者変更		・ ・		
	氏名		監護・生計関係	有 ・ 無	同居 ・ 別居	加入保険 ※	社保・市国保・都外国保・他			認定・却下 年 月 日【 】				
	フリガナ		生年月日			他制度受給	マル障・マル親・生活保護・他		乳子青	出生・転入・受給者変更		・ ・		
	氏名		監護・生計関係	有 ・ 無	同居 ・ 別居	加入保険 ※	社保・市国保・都外国保・他			認定・却下 年 月 日【 】				
フリガナ		生年月日			他制度受給	マル障・マル親・生活保護・他		乳子青	出生・転入・受給者変更		・ ・			
氏名		監護・生計関係	有 ・ 無	同居 ・ 別居	加入保険 ※	社保・市国保・都外国保・他			認定・却下 年 月 日【 】					

※社会保険（組合・協会・共済）は「社保」、羽村市の国民健康保険は「市国保」、東京都外の国民健康保険は「都外国保」、該当するものがないときは「他」に○をつけてください。

必要書類等

□対象児童加入医療保険

□住民票

□監護同一申立書（別監）

□東日本大震災の被災者の一部負担金等免除証明書

医療証交付日

窓 下