

様式第2号（第4条関係）

子ども医療証交付申請書

年 月 日

阪南市長 様

申請者 (保護者)	住 所	
	氏 名	㊟
	電 話	()

下記のとおり医療証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、以降市民税課税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 3 保険加入 4 その他 ()	
対 象 者	住 所	阪南市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
健 康 保 険 証	被 保 険 者 氏 名	
	対象者扶養認定日	年 月 日
	対象者との続柄	
	保 険 者 番 号	
	保 険 証 記 号	
	保 険 証 番 号	
	保 険 種 別	国 ・ 全 ・ 組 ・ 船 ・ 共

(注) *申請時には必ず、対象者が加入している健康保険証と印鑑が必要です。