

医療証交付申請書

東村山市長 殿

下記のとおり、医療費助成制度の医療証の交付を申請します。

										(受付印)		入力		確認			受付				
										交付日				郵送・窓口							
申請年月日		. . .			※受付確認年月日			. . .		不足書類											
1 申 請 者	(ふりがな)				性別	男・女		生年月日	昭和・平成		. . .		職業	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者			配偶者の有無	有・無			
	氏名	東村山市			Ⓜ								個人番号								
	住所	(上記と異なる場合に記入してください)																			
1月1日時点の住所(1~9月分は前年、10~12月分は本年)																					
2 配 偶 者 等	(ふりがな)				住所					(別居の場合)											
	氏名				Ⓜ					(上記と異なる場合に記入してください)											
職業	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者			個人番号						1月1日時点の住所(1~9月分は前年、10~12月分は本年)											
3 助 成 対 象 乳 幼 児 及 び 児 童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所(別居の場合)					監護の有無	生計関係	※ ご注意ください ・郵送で申請の場合、必ず健康保険証のコピーを添付してください。 (出生による申請において、お子様の保険証ができていない場合は、まず申請をしていただき、その後保険証ができてからコピーを提出してください)。 ・郵送で申請の場合、申請書が市役所に届いた日が申請日となります。 申請日によって資格取得日が変わってきますのでご注意ください。									
			. . .	同・別						有・無	同一・維持										
			. . .	同・別						有・無	同一・維持										
			. . .	同・別						有・無	同一・維持										
			. . .	同・別						有・無	同一・維持										
					譲渡所得の有無					有・無											
					生活保護の有無					有・無											
					児童手当の有無					有・無											
東村山市長を代理人として定め、申請時・毎年の更新時の審査を受けるため、この届出に関して証明すべき事実を公簿等により確認することに同意いたします。 また、申請した事項について変更があった場合は、速やかに届出を行います。 ※ 確認ができない場合は、現況届及び関係書類の提出をお願いすることがあります。																					
																		氏名		Ⓜ	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。記入押印に代えて、署名することができます。