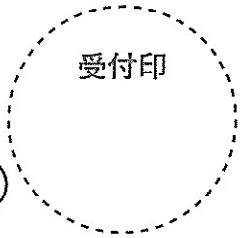


受付・公簿確認	入力	証交付
---------	----	-----



医療証交付申請書兼現況届 乳 子 青

江東区長 殿 次のとおり申請又は届出するとともに、医療証の交付及び更新に係る審査のため、所得情報その他受給資格に関わる情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携も含む）により確認することに同意します。

令和・年 月 日提出

請求者 (保護者)	住所	江東区 丁目 番 号		電話	-
	フリガナ			生年月日	子どもとの続柄
	氏名			昭和・平成 年 月 日	1 父 2 母 3 他()
	請求者 個人番号				
	フリガナ			配偶者住所	住所：同・別()
配偶者名			配偶者 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
配偶者 個人番号					
請求者 1月1日の住所	江東区以外の場合に記入 本年： 都府 道県 市町 市区村 前年： 都府 道県 市町 市区村		配偶者 1月1日の住所	江東区以外の場合に記入 本年： 都府 道県 市町 市区村 前年： 都府 道県 市町 市区村	

子ども	フリガナ	続柄	生年月日	同居別居	監護の有無	生計	受給者番号	
	氏名		平成・令和 年 月 日	同・別	有・無	同・維持		
1							乳・子	
2							乳・子	
3							乳・子	
4							乳・子	
子どもの加入健康保険		種類	1 国保 2 国保組合 3 共済 4 その他社会保険				被保険者氏名	子どもとの続柄 1 父 2 母 3 他()

資格取得日	交付日	事由	出生・転入・保険加入・生保廃止・他()
-------	-----	----	----------------------

本人確認 (個・免・パ・在・保・他)
 番号確認 (個・通・住・端・他)

代理者確認 (氏名： 請求者との関係： 代理権確認：戸・委・保・他 身元確認：個・免・パ・在・保・他)

不足 保険証 (父・母・子) / 提出
 その他 () / 提出

請求者 所得の状況	年分 所得	円	配偶者 所得の状況	年分 所得	円
	年分 所得	円		年分 所得	円