



# ひとり親家庭医療

証交付（更新）申請書・受給資格変更（喪失）届出書

令和 年 月 日

（宛先）東大阪市長

次のとおり関係書類を添えて申請（届出）します。

なお、以後医療費の助成に関する事務において、市が必要とする申請者の世帯及び関係する世帯（世帯員を含む）の住民登録並びに地方税法関係等の情報を公簿等（マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む）により閲覧及び確認すること並びに関係機関に照会することに同意します。

申請者（受給者）	氏名	フリガナ		生年月日		受給者番号				
				S・H						
	住所	東大阪市					個人番号			
		電話 ( )								
医療保険	種別	1.市国保 2.後期 3.協会 4.共済 5.健組 6.国組 7.日雇 8.船員 9.その他の社会保険								
	加入日	S・H 年 月 日			被保険者氏名	(続柄 )				
	記号				番号					
	保険者番号				保険者名					
児童①	氏名	フリガナ		生年月日		続柄	受給者番号			
				H・R						
	保険	加入日		保険者・記号・番号		事由	他公費情報			
	H・R 年 月 日		申請者と同じ・申請者と異なる			80・86				
児童②	氏名	フリガナ		生年月日		続柄	受給者番号			
				H・R						
	保険	加入日		保険者・記号・番号		事由	他公費情報			
	H・R 年 月 日		申請者と同じ・申請者と異なる			80・86				
児童③	氏名	フリガナ		生年月日		続柄	受給者番号			
				H・R						
	保険	加入日		保険者・記号・番号		事由	他公費情報			
	H・R 年 月 日		申請者と同じ・申請者と異なる			80・86				

適用日	年 月 日	喪失日	年 月 日
		証回収日	年 月 日
適用理由	児扶申請 転入 保険加入 生保廃止 年金受給 所得解除 児童追加 その他 ( )		
喪失理由	転出 児扶非該当 生保開始 所得超過 他公費適用 児童減少 死亡 その他 ( )		
変更理由	保険変更 住所変更 氏名変更 送付先 児扶現況 更新 その他 ( )		
備考欄	担当者	入力日	受付者
			受付印