

障 ひ 子

医療証（再）交付・更新申請書

※太枠内を記入してください。

(宛先) 河内長野市長 年 月 日

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話（自宅・携帯） () - _____

対象者との続柄
本人 同居の親族（続柄：) 成年後見人
その他 ()

※その他の場合は、原則委任状の提出が必要です。

医療証の（再）交付・更新を申請します。
 なお、医療証の交付及び更新に係る対象者の所得状況等について市民税課税台帳、住民基本台帳等により確認することを承諾します。
 また、健康保険の資格について、関係機関に照会することに同意します。
 資格喪失したときは、速やかに医療証を返還し、資格喪失後に使用したときは、助成された医療費を返還します。

対象者		
①	フリガナ	受給者番号
	氏名(※)	加入健康保険資格取得年月日
	生年月日	年 月 日
②	フリガナ	受給者番号
	氏名	加入健康保険資格取得年月日
	生年月日	年 月 日
③	フリガナ	受給者番号
	氏名	加入健康保険資格取得年月日
	生年月日	年 月 日
④	フリガナ	受給者番号
	氏名	加入健康保険資格取得年月日
	生年月日	年 月 日

加入健康保険
 ※資格取得年月日は、各対象者の保険資格取得年月日欄に記入

被保険者
 住所 申請者と同じ
 氏名 申請者と同じ
 続柄 本人

記号 _____
 番号 _____

保険者番号 _____

保険者名称 _____

申請者本人確認書類
マイナンバーカード 運転免許証
登記事項証明書
その他 ()

※対象者で加入健康保険が異なる場合は、もう一枚同様の申請書を用いて記入し、この申請書の次に一緒に留めること。

資格取得年月日 年 月 日

申請事由等

重度障がい者医療
重度障がい該当
転入 生保廃止
他の医療より
その他

身知精難合

ひとり親家庭等医療
離婚 生保廃止
転入 DV
他の医療より
その他

子ども医療
出生 転入
生保廃止
他の医療より
その他

再交付
紛失 破損
その他

チェック欄
 受付者サイン 窓1 窓2 職 確認者サイン 委託 職

(※) ひとり親家庭等医療の認定の場合は、父又は母又は養育者を記入すること。