

こども医療証・食事療養標準負担額助成証明書交付申請書・異動届・資格喪失届

(提出先) 大 阪 市 長

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

→ こども本人による申請の場合は、保護者欄 配偶者欄を空欄とし、この欄に氏名等を記載してください。

届 出 年 月 日 令和 年 月 日		こども本人 (保護者 (申請者)) による申請 氏名		届 出 事 由 (該当する番号に○を付けてください)													
いまの住所 (転出の場合はこれからの住所) 〒 区 丁目 番 号 方 電話 (自宅) (連絡先)		いままでの住所 (転出の場合はいまの住所)		フリガナ 氏 名		こども との続柄		生 年 月 日 大 昭 平 令 年 月 日		保 険 該 当 日 昭 平 令 年 月 日		受 給 者 番 号		区分	資 格 取 得	資 格 喪 失	変 更
														異 動 理 由	2 出 生	1 年 齢 該 当	1 住 所 変 更
															3 区 間 転 入	2 死 亡	2 氏 名 変 更
															4 市 外 転 入	3 区 間 転 出	3 住 所・氏 名 変 更
															11 生 活 保 護 廃 止	4 市 外 転 出	4 保 護 者 変 更
															13 保 護 者 変 更	11 生 活 保 護 開 始	5 保 険 変 更
															18 所 得 制 限 解 除	14 保 護 者 変 更	6 取 得 日・喪 失 日 変 更
															99 そ の 他 ()	18 所 得 制 限 該 当	7 再 交 付
		99 そ の 他 ()		8 そ の 他 ()		[] 喪失取消(復活)		[] 異動保留		[] 保留解除							
異 動 年 月 日		令 和		年		月		日		再交付理由 1 破れたため 3 失ったため 2 よごれたため 4 その他 ()							
証交付・訂正・回収状況		審 査 結 果															
区 分	☐ 交 付 ☐ 引 替 交 付 ☐ 訂 正 ☐ 回 収		該 当 非 該 当 1 所得オーバー 2 その他 ()														
令和 年 月 日	入力チェック欄		☐														
備 考																	
加 入 医 療 保 険 の 状 況				この欄は食事資格ありの方のみ記載してください		食事の減額認定証**											
保 険 の 種 類		☐ 国民健康保険(一般) ☐ 国民健康保険(退職) ☐ 国民健康保険組合 ☐ 社会保険		令 和 年 月 日													
記 号	番 号	被 保 険 者 名		事由 等級・程度		手帳番号		手帳交付年月日		障がい種別							
保 険 者 番 号			療 養 付 加 給 付 の 有 無		身体 1級 2級						視 聴						
保 険 者 名			有 ・ 無		身体 3級,4級,5級,6級 知的 かつ 中度						肢 肉						
同 意 書 私が申請したこども医療証・食事療養標準負担額助成証明書交付申請書・異動届・資格喪失届に関し、資格の認定及び医療証更新等関連業務に必要な公簿を閲覧されることに同意します。(配偶者についても、必要に応じた関係公簿閲覧の承諾を得ています。) 令和 年 月 日 (申請者) 住所 ☐ 上記に同じ 保護者氏名 (配偶者氏名)																	

(注)・保護者…こどもを監護し生計を同じくする父又は母など(父及び母がともに監護し、生計を同じくするときは、生計を維持する程度の高い一方のもの)
 ・こども本人による申請…こども本人が独立して国民健康保険の世帯主や国民健康保険組合の組合員、それ以外の健康保険の被保険者、組合員若しくは加入者になっている場合や、婚姻している場合はこども本人を申請者として記載してください。
 ※記名押印に代えて、署名することができます。
 **入院時食事療養標準負担額助成証明書を申請される方はご加入の医療保険から交付される食事療養標準負担額減額認定証または限度額適要・標準負担額減額認定証の発行日を記載してください。

様式 こ1号