

様式第4号（第11条、第12条、第13条関係）

ひとり親家庭医療証交付（更新）申請書

令和 × 年 ○ 月 △ 日

（あて先）大東市長

（申請者）住所 **大東市谷川1-1-1**

氏名 **大東 太郎**

対象者との続柄 （ **本人** ）

電話番号 **〇〇〇-△△△△-□□□□**

*** 記載方法が不明な場合はお問い合わせ
いただくか空けておいてください。**

ひとり親家庭医療証の交付（更新）を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、ひとり親家庭医療費の助成に関し、私（同一世帯員、扶養義務者を含む。）の世帯状況、所得状況、障害の状況等必要な情報について、担当課又は関係行政機関等に確認することに同意します。

記

申請理由		1 ひとり親該当		2 転入		3 生保廃止		4 児童の増員		5 その他（ ）	
対象者		氏名	生年 月日	続柄	個人 番号	氏名	生年 月日	続柄	個人 番号		
	父母又は 養育者	大東 太郎	H2. 10. 10	本人						
	児童	大東 花子	R1. 11. 11	子						
		大東 次郎	R3. 12. 12	子						

加入医療保険（第1保険）

保険種別	国保一般	記号	大国×××	番号	〇〇〇〇〇
加入者名	大東 太郎	続柄	本人	資格取得日	令和2年1月1日
被扶養者	大東 花子				
保険者名	大東市国保	保険者番号	270199	附加給付	有（円以上）・無

加入医療保険（第2保険）

保険種別	国保一般	記号	大国×××	番号	〇〇〇〇〇
加入者名	大東 太郎	続柄		資格取得日	令和3年12月12日
被扶養者	大東 次郎				
保険者名	大東市国保	保険者番号	270199	附加給付	有（円以上）・無