

養育医療給付申請書

R8.7

本人	ふりがな			性別	生 年 月 日												
	氏 名			男 ・ 女	年 月 日												
	住 所	〒			個 人 番 号												
扶養義務者	ふりがな			生 年 月 日		本人との続柄											
	氏 名			昭和 平成		年 月 日											
	住 所	〒						□同上									
	電話番号					個 人 番 号											
被保険者氏名																	
被 保 険 者 の 記号及び番号		記号					番号										
保 険 者 の 種類及び番号		社 保 国 保		保 険 者 の 番 号													
希望する 指定養育 医療機関	名 称																
	所在地																
備 考																	
別紙関係書類を添えて、上記の通り養育医療の給付を申請します。																	
(〒 ー)																	
申 請 者 住 所																	
本人との続柄 ()																	
ふ り が な ()																	
申 請 者 氏 名																	
年 月 日																	
(宛先) 東 大 阪 市 長																	
市記入欄																	
個人番号確認方法		□申請者提出書類 □その他															
加入医療保険 確認方法		□マイナ保険証及びマイナポータルの資格情報画面 □マイナ保険証のみ □別添のとおり															