

健康保険情報の確認にかかる申立書（こども医療）

以下の対象児童の「こども医療費受給者証交付申請書」の審査にあたり、明石市が健康保険の資格情報について個人番号を利用した情報照会により確認することを希望します。

あわせて、申請から1か月経過しても健康保険の情報が確認できない場合、当該申請が却下になることに同意します。

明石市長 様

年 月 日

保護者氏名（※自署） _____（ 年 月 日生）

加入健康保険 全国健康保険協会（ _____ ）支部
（ _____ ）健保組合
（ _____ ）共済組合
（ _____ ）国保

対象児童氏名 _____（ 年 月 日生）

_____（ 年 月 日生）

_____（ 年 月 日生）

_____（ 年 月 日生）

事務 処理 欄	受付者		情報 照会		保険 入力		確認	
	保険者	<input type="checkbox"/> 申立と同一 <input type="checkbox"/> 申立と相違あり（以下に組合名記入）					受付印	
	記号							
	番号							
	資格 取得日	年 月 日						
	備考							

