

# 記入例

## 小児医療証交付申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）座間市長

小児医療証の交付を次のとおり申請します。  
申請に当たり、市が神奈川県に対して行う補助金  
律に基づく条例の規定により算定した税額又はその  
に同意します。

太枠内を黒のボールペンで記入してください。（消せるボールペンは不可）

健康保険 家族（被扶養者）  
被保険者証 記号 1 1 1 番号 2 2 2  
氏名 座間 一郎  
被保険者 座間 太郎  
認定(開始)年月日 令和4年4月1日  
保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8  
保険者名称 〇〇健康保険組合

対象小児	フリガナ	ザマ イチロウ		生年月日	令和	年	月	日	
	氏名	座間 一郎							
	住所	座間市緑ヶ丘一丁目1番1号							
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1
	保険の種類	1 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 2 健保 <input type="checkbox"/> 3 船員 <input type="checkbox"/> 4 私学共済 <input type="checkbox"/> 5 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 6 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 7 国保組合 <input type="checkbox"/>							
	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	保険者名称	〇〇健康保険組合 / 〇〇共済組合 等							
該当に〇	被保険者記号番号	1 1 1		2 2 2		被保険者氏名 または世帯主 座間 太郎			
	生活保護の受給状況	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		心身障害者医療費 助成事業の該当		有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	養育医療の該当	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		ひとり親家庭等医療費 助成事業の該当		有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
申請理由		<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入 (令和7年1月1日) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
保険資格取得日		<input type="checkbox"/> 出生日と同じ <input checked="" type="checkbox"/> (令和4年4月1日)							
申請者	フリガナ	ザマ タロウ							
	氏名	座間 太郎							
	住所	(対象小児と同じ場合、記入不要)					<input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同じ		
	生年月日	昭和	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	電話	046 (255) ●●●●	
配偶者	フリガナ	ザマ ハナコ							
	氏名	座間 花子							
	住所	(対象小児と同じ場合、記入不要)					<input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同じ		
	生年月日	昭和	平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日	電話	046 (255) ●●●●	

※ 申請者（養育者）とは対象小児を監護し生計を維持する者のうち、生計を維持する程度の高い者を言います。  
 ※ 申請者（養育者）または配偶者が市に住民登録がない場合は、運転免許証など住所が確認できるもののコピーを添付してください。

保険情報の資格確認ができる書類を添付してください。（詳細は裏面）