

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  
資格確認書  
氏名  
被保険者  
認定(開始)年月日  
家族（被扶養者）  
記号 1 1 1 番号 2 2 2  
座間 一郎  
座間 太郎  
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		
	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 1 1 1 1		
	保険の種類	1 国保 2 健保 3 船員 4 私学共済 5 国家公務員共済 6 地方公務員共済 7 国保組合		
	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 保険者名 〇〇健康保険組合/〇〇共済組合 等		
	被保険者 記号番号	記号 1 1 1	番号 2 2 2	被保険者氏名 または世帯主
該当に○	生活保護の受給状況	有 ・ 無	心身障害者医療費 助成事業の該当	有 ・ 無
	養育医療の該当	有 ・ 無	ひとり親家庭等医療費 助成事業の該当	有 ・ 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写し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）