

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)
資格確認書	記号 111 番号 222
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	○○健康保険組合
平成	去ヒ

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	
	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	○○健康保険組合/○○共済組合 等		
	被保険者 記号番号	記号	111	番号	222								
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）