

記入例

長

次のとおり、医療証の交付を申請します。また別に定める事項について同意します。

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 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

日

| | | | |
|------------|---|--|------------------------|
| 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 | |
| | 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 |
| | 保険証記号番号 | 記号 111 番号 222 | 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 ・ 無 | 心身障害者医療費助成事業の該当 |
| 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5年11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（養育者）※1 | 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)※2 <input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同じ | |
| 生年月日 | 昭和・平成○○年○○月○○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)※2 <input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同じ | |
| 生年月日 | 昭和・平成○○年○○月○○日 | 電話 | 046 (255) ●●●● |

該当に○

- ※1 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。
- ※2 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。

必要書類

お子さんの健康保険証（郵送の場合はコピー）

個人番号カードを健康保険証として利用登録している場合も、健康保険証をご持参ください。令和5年3月31日以前に出生や転入、世帯構成に変更があった方等は、市が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

同意事項

小児医療費助成の事務手続に必要な地方税法その他の地方税に関する法律に基づく条例の規定により算定した税額又はその算定の基礎となる事項に関する情報について市長が調査することに同意します。