

# 記入例

(宛先) 座間市長

次のとおり、医療証の交付を申請します。また、  
づき、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 令和元年5月1日  
 保険者番号 12345678  
 保険者名称 ○○健康保険組合

受給者番号													
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(マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	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・ <input checked="" type="radio"/> 無			心身障害者医療費助成事業の該当	有・ <input checked="" type="radio"/> 無								
養育医療の該当	有・ <input checked="" type="radio"/> 無			ひとり親家庭等医療費助成事業の該当	有・ <input checked="" type="radio"/> 無								
申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 転入(令和元年5月7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"/> (令和元年5月1日)												
申請者(養育者)	フリガナ	ザマ タロウ											
	氏名	座間 太郎 ※必ず本人が自署すること。											
	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	○○年	○○月	○○日	電話	046(255)●●●●						
	個人番号(マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
配偶者	フリガナ	ザマ ハナコ											
	氏名	座間 花子 ※必ず本人が自署すること。											
	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	○○年	○○月	○○日	電話	046(255)●●●●					
	個人番号(マイナンバー)	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3

該当に○

◆裏面の同意事項を確認してください。

※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。

裏面の必要書類をご確認の上、添付してください。

- ①お子さんの健康保険証
- ②申請者(養育者)の身元確認書類
- ③養育者、配偶者、お子さんの個人番号を確認する書類

※申請者以外の方が提出する場合は②③はすべてコピー(住民票・住民票記載事項証明書の場合は原本)をご提出ください。  
 ※個人番号カードを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。

職員記入欄		受付者	
番号	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 無→ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 拒否		
身元	1	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 他( )	
	2	<input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 児手 <input type="checkbox"/> 他( )	

同意事項

1. 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。

○養育者及び配偶者の所得について

養育者の所得に基づき発行するため、各年度の所得状況を確認する必要があります。

下の表に各年1月1日の住所地（課税地）を記入してください。

	本年1月1日時点の住所地	前年1月1日時点の住所地	前々年1月1日時点の住所地
養育者	神奈川県 座間市 区町村	東京都 ▲▲ 市 区町村	神奈川県 ○○ 市 区町村
配偶者	神奈川県 座間市 区町村	東京都 ○○ 市 区町村	東京都 ○○ 市 区町村

\* 日本国外に在住されていた方等、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。

\* 前年分の所得は本年の6月以降に調査します。養育者の変更がある場合は届出が必要です。

○必要書類（次の書類を添付してください。）

1. お子さんの健康保険証（郵送の場合は写し）

2. 申請者（養育者）の身元確認書類（下表参照。郵送の場合は写し）

窓口で申請者以外の方が提出する場合は、申請者の書類の写しをお持ちください。

[A] [B] のいずれか	[A] いずれか1つ	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 養育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他官公署が発行した顔写真付の書類
	[B] 2つ以上	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他官公署等公的機関が発行した書類

3. 養育者、配偶者、お子さんの個人番号を確認する書類（次のいずれか）

個人番号カード	窓口で申請者以外が提出する場合及び郵送の場合は全員分の写し（両面）。
通知カード	記載事項が住民票と一致している場合に限る。窓口で申請者以外が提出する場合及び郵送の場合は全員分の写し（両面）。
住民票	個人番号、氏名、生年月日、性別、住所が記載されたもの。
住民票記載事項証明書	