

医療証交付申請書

(宛先) 厚木市長

令和6年 12月 5日

申請書を書いた日付を記入してください。

次のとおり、子ども医療費助成事業について申請します。また、本申請及び資格更新時等に、養育者の住所及び所得状況に係る事項について、公簿及び課税台帳により確認することに同意いたします。

対象者（子ども）

フリガナ	アツギ アユコ		個人番号											
氏名	厚木 鮎子		生年月日	平成										
住所	厚木市 ○○町1-1-1													
ひとり親家庭等医療費助成・ 重度障害者医療費助成の受給	有	無	生活保護の受給	有	無	里親委託・ 施設入所	有	無						
対象者（子ども）が加入している健康保険	いずれかに☑をつけてください。 □健康保険証、資格確認書等（裏面にコピーを貼り付けてください。） ☑マイナ保険証の利用 以下※印を記入してください （市が個人番号を利用して、健康保険情報を取得します。）													
	※必ず記入してください	※被保険者名（世帯主名）	保険料をはらって保険に加入している方 厚木 太郎											
	※保険の種類	当てはまるものに○をつけてください（国保組合の場合は名称を記入） ①、健保協会・健保組合 2、共済組合 3、船員保険 4、厚木市国保 5、（ ）国保組合												

いずれか1つ以上が有の場合には、子ども医療費助成を受給できない可能性があります。

健康保険証、資格確認書、マイナンバーカード（表面のみ）のいずれかの、コピーを申請書裏面に貼り付けてください。

マイナポータル又は資格情報のお知らせで確認することができます。

- 1、健保組合・健保組合
(例) ○○健康保険組合、全国健康保険協会○○支部
- 2、共済組合
(例) ○○共済組合、○○共済事業団
- 3、船員保険
(例) 全国健康保険協会船員保険部
・○○国民健康保険組合
- 4、厚木市国保 厚木市国民健康保険
- 5、()国保組合
(例) ○○国民健康保険組合

養育者1（所得が高い方）

フリガナ	アツギ タロウ		続柄	父・母・()										
氏名	厚木 太郎		生年月日	昭和										
住所	☑子どもと同居（別居の場合は下に記入） ※過去3年間の1月1日の住所地（市内・市外・海外）													
			連絡先	080 - **** - ****										

養育者2（養育者1の配偶者等） ※無の場合は記入不要

フリガナ	アツギ ハナコ		続柄	()										
氏名	厚木 花子		生年月日	昭和										
住所	□子どもと同居（別居の場合は下に記入） ○○県○○市2-2-2 ○○ハイッ202 ※過去3年間の1月1日の住所地（市内・市外・海外）													
			連絡先	080 - **** - ****										

前々年、前年、今年それぞれの1月1日の住所地で当てはまるものに○をつけてください。
市外に○がついた方は同意書が必要な可能性があります。
海外に○がついた方は、パスポートの写しの提出が必要な場合があります。
市内の方は何も提出していただく必要はありません。

※市処理欄

申請事由	月	記入しないでください									
手続き状況	児童手当										
子番号確認	□個人番号が										
申請者身元確認	写真無(2つ)										
備考											