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。

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。

対象者（こども）

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 令和（○）　６年　12月	
住所	厚木市　〇〇町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（○）
保険組合に加入 ※保険加入申請中の場合は加入決定後に申請をお願いいたします。				済（○） ・ 切り替え手続き中	

医療証の申請は、対象者が保険加入後にお願いいたします。
添付資料等により、保険加入状況が確認できないときは、医療証を交付できません。

対象者（こども）が加入している健康保険の確認	いずれかに☑をつけてください。 **※一部の国保組合は、医療機関で医療証を使用できない場合がございます。** ☐資格確認書、資格情報のお知らせ等（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）	保険料をは負担している方 厚木　太郎
		※保険の種類	当てはまるものに〇をつけてください（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

資格確認書、資格情報のお知らせ等いずれかのコピーを申請書裏面に貼り付けてください。
マイナ保険証の場合は、添付不要です。

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）〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部
2、共済組合
（例）〇〇共済組合、〇〇共済事業団
3、船員保険
（例）全国健康保険協会船員保険部
4、厚木市国保
5、（　　）国保組合
（例）神奈川〇〇国民健康保険組合、全国〇〇国民健康保険組合

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（○） 平成　62年　12月　２日
住所	☑こどもと同居（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	父 ・ 母（○） ・（　　）
氏名	厚木　花子	生年月日	昭和 平成（○）　６年　12月　２日
住所	☐こどもと同居（別居の場合は下に記入） 〇〇県〇〇市２－２－２　〇〇ハイツ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〇をつけてください。
市外に〇がついた方は同意書が必要な可能性があります。
海外に〇がついた方は、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

所得年度	令和　　年	受給者番号	
申請事由	月　日（出生 ・ 転入 ・ 切替（親・生・障）・保険加入 ・ 在留登録 ・ その他）		収受印
手続き状況	児童手当	有・無（市外・公務員）	おむつ　有・後日・対象外
子番号確認	☐個人番号ｶｰﾄﾞ　☐住民票又は記載事項証明書		☐基幹S
申請者身元確認	写真付(1つ		
	写真無(2つ	☐学生証・社員証　☐その他（　　）	
備　考			
			後日保険照会　☐

市処理欄は記入しないでください。