

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（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						
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			
対象者 (子ども) 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○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												

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。

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。  
神奈川県外の国保組合（全国建設工事業国民健康保険組合と全国土木建築国民健康保険組合を  
除く）に加入されている場合は医療機関で医療証を使用することができません。  
保険適用内の医療費（選定療養費等を除く）の自己負担分については、別途償還払いの申請が必要  
となります。

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）○○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  
4、厚木市国保  
5、（ ）国保組合  
（例）神奈川○○国民健康保険組合、全国○○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	☑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	父	母	（ ）
氏名	厚木 花子		生年月日	昭和	平成 6年 12月 2日	
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○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	日	（出生・転入・切替（親・生・障）・ 保険加入・在留登録・その他）	所得年度	令和	年	受給者番号	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	☐個人番号カード	☐住民票又は記載事項証明書	☐基礎情報						
申請者 身元確認	写真付(1つ)	市処理欄は記入しないでください。							
	写真無(2つ)	☐学生証・社員証	☐その他（ ）						
備考									
後日保険照会 ☐									