

医療証交付申請書

(宛先) 厚木市長

令和 年 月 日

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(こども)

フリガナ				個人番号								
氏名				生年月日	平成 令和 年 月 日							
住所												
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(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。 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用 <u>以下※印を記入してください</u> (市が個人番号を利用して、健康保険情報を取得します。)											
	<u>※必ず 記入して ください</u>	※被保険者名 (世帯主名)	保険料を負担している方									
		※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									

養育者1(所得が高い方)

フリガナ				続柄	父・母・()		
氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> こどもと同居(別居の場合は下に記入) <small>※過去3年間の1月1日の住所地(市内・市外・海外) 当てはまるものに○</small>			連絡先	- - -		

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				続柄	父・母・()		
氏名				生年月日	昭和 平成 年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> こどもと同居(別居の場合は下に記入) <small>※過去3年間の1月1日の住所地(市内・市外・海外) 当てはまるものに○</small>			連絡先	- - -		

※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)				收受印
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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明書			<input type="checkbox"/> 基幹S 確認者	
申請者 身元確認	写真付(1つ)	<input type="checkbox"/> 個番カード <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> ハガキ <input type="checkbox"/> その他			
	写真無(2つ)	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 学生証・社員証 <input type="checkbox"/> その他()			
備考					

後日保険照会

