

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。 □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	□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） 当てはまるものに○		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	□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） 当てはまるものに○		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）					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				□基幹S 確認者		
申請者 身元確認	写真付(1つ)	□個番カード □運転免許 □パスポート □その他					
	写真無(2つ)	□年金手帳 □母子手帳 □学生証・社員証 □その他（ ）					
備 考							

後日保険照会 □