

負担者番号						市受付印
受給者番号						

乳幼児、義務教育就学児及び高校生等  
医療証交付申請書兼現況届

第1号様式(第8条関係・第13条関係)

① 申 請 者	フリガナ			生年月日			配偶者の有無	有・無	
	氏名			児童との続柄		父・母・( )			
	個人番号			勤務先名	電話番号 ( )				
	住所	〒				自宅電話 ( )		携帯電話 ( )	
	本年1月1日 時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい)							
	昨年1月1日 時点の住所	(上記と異なる場合に記入して下さい)							
	② 配 偶 者 の 状 況	フリガナ			生年月日	年	月	日	職業
氏名								1 公務員 2 公務員以外 3 なし	
個人番号				勤務先名	電話番号 ( )				
住所		申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入							電話番号 ( )
本年1月1日 時点の住所		(上記と異なる場合に記入して下さい)							
昨年1月1日 時点の住所		(上記と異なる場合に記入して下さい)							
③ 児 童 の 状 況		フリガナ			保 険 加 入 状 況				
	氏名			加入保険					
	個人番号			記号番号					
	住所	申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入		保険者番号					
	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	被保険者氏名				
	子	年月日	有・無	同一・維持	申請者との続柄				
④ 振 込 金 融 機 関	金融コード	金融機関名			口座種別	普通・当座・貯蓄			
	支店コード	支店名			口座番号				
	口座名義人	※カタカナで記入してください。							
⑤該当する場合○ を付けてください	1 生活保護を受給している。 2 心身障害者(児)医療証の交付を受けている。 3 ひとり親家庭等医療証の交付を受けている。 4 児童が児童福祉施設(母子生活支援施設・通所施設を除く。)等に入所している。								
上記のとおり、日野市子ども医療費助成制度の医療証の交付を申込みます。 なお、医療証の交付・更新をするにあたり、所得状況等を日野市が保有する公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)で確認することに同意し、申込事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。 日野市長 <span style="float: right;">年 月 日 申請者氏名</span>									

市 記 入 欄	不足書類	申請事由	現況	取得日	
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険(本人・子) <input type="checkbox"/> 所得証明( 年度) <input type="checkbox"/> 監護事実の同意書 <input type="checkbox"/> 子の属する世帯住民票 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 出生(第 子: 税扶養(父・母)) <input type="checkbox"/> 転入( . . / より転入) <input type="checkbox"/> その他(離婚・婚姻・その他) <input type="checkbox"/> 所得証明書の原本は児童手当に添付	<input type="checkbox"/> 転入者 <input type="checkbox"/> 未申告者	交付日	
				受付者	