

# 記入見本

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	ヒ/ タロウ		生年月日	H 5 年 5 月 5 日		配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	氏 名	日野 太郎		児 童 と の 続 柄	<input checked="" type="radio"/> 父・( )			
	個人番号			勤務先名				
	住 所	〒191-0016 日野市神明1-12-1		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)		自宅番号	( )			
	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)		携帯番号	●●●(●●●)●●●●			
② 配 偶 者 の 状 況	フリガナ	ヒ/ ハナコ		生年月日	H 6 年 6 月 6 日		職業	1 公務員 2 公務員以外 3 なし
	氏 名	日野 花子		勤務先名				
	個人番号			電話番号	( )			
	住 所	申請者と(同居・別居) ※別居の場合のみ記入						
	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	ヒ/ イチロウ		保 険 加 入 状 況				
	氏 名	日野 一郎		加入保険	××健康保険組合			
	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	138354			
	続 柄	生 年 月 日	監護の有無	生計関係	被保険者氏名	日野 太郎		
	子	R7年9月9日	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	申請者との関係	本人		
④ 融 機 関	金融コード	支店コード		口座種別	普通・当座・貯蓄			
	口座名義人			口座番号				
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 3 ひとり親家庭等医療証の交付を受け 4 児童が児童福祉施設(母子生活支援						
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請します。 なお、医療証の交付・更新をするにあたり、受給資格に関わる情報を日野市が保有する公募等(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								
R7 年 10 月 1 日 申請者氏名 日野 太郎								

市 記 入 欄	不 足 書 類	申 請 事 由	受 付 者
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険(本人・子)	<input type="checkbox"/> 出 生(第 子)	申請者の署名は、必ず 記入してください。
	<input type="checkbox"/> 監護事実の同意書	<input type="checkbox"/> 転 入( / より転入)	
	<input type="checkbox"/> 子の属する世帯住民票	<input type="checkbox"/> その他(離婚・婚姻・その他)	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 養育関係書類の原本は児童手当に添付	受 付 者