

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	ヒノ タロウ		生年月日	H 5 年 5 月 5 日	配偶者の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	
	氏名	日野 太郎		児童との続柄	父・母・()			
	個人番号			勤務先名	電話番号 ()			
	住所	〒191-0016 日野市神明1-12-1			自宅番号 ()			
	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)			携帯番号 ●●●(●●●)●●●●			
	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)						
② 配偶者の状況	フリガナ	ヒノ ハナコ		生年月日	H 6 年 6 月 6 日	職業	1 公務員 <input type="radio"/> 2 公務員以外 <input type="radio"/> 3 なし <input type="radio"/>	
	氏名	日野 花子		勤務先名	電話番号 ()			
	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	ヒノ 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	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	同居・維持 <input checked="" type="radio"/>	申請者との関係		本人	
④ 融機関 振込金	金融コード	支店コード			口座種別	普通・当座・貯蓄		
	支店コード				座番号			
	口座名義人							
⑤該当する場合 ○を付けてください		口座の記入は不要です。						
<p>加入予定の健康保険について、わかる部分のみ ご記入ください。 ※ 健康保険の資格確認書等がある場合には、コピーを添 付いただぐと医療証の発行がスムーズです。</p>								
<p>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 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。</p>								
<p>日野市長 R7 年 10 月 1 日 申請者氏名 日野 太郎</p>								

市記入欄	不 足 書 類	申 請 事 由		
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険(本人・子) <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) <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"/> 養育関係書類の原本は児童手当に添付	<p>申請者の署名は、必ず 記入してください。</p>	
			受付者	