

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	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	〒			自宅番号	()	
					携帯番号	()	
	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)						
② 配 偶 者 の 状 況	フリガナ		生年月日	年 月 日	職業	1 公務員 2 公務員以外 3 なし	
	氏名		勤務先名	電話番号 ()			
	個人番号		住所				
	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			
				被保険者氏名			
	続 柄	生 年 月 日	監護の有無	生計関係			
	年 月 日	有・無	同一・維持	申請者との関係			
④ 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						
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、受給資格に関わる情報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 年 月 日 申請者氏名							

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"/> 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	転入者	交付日	
				受付者	

本人確認書類 マイナンバーカード 運転免許証 その他()

保険扶養 父 母 () / 入力済

保険種別 社保 共済 国保 日野市国保

乳 子 青