

|       |  |  |  |  |  |      |
|-------|--|--|--|--|--|------|
| 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<br>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 ( )<br>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<br>配偶者の状況  | フリガナ   |                                    |       |       | 生年月日    | 年                    | 月 | 日      | 職業  | 1 公務員<br>2 公務員以外<br>3 なし |
|  | 氏名   |                                    |       |       |         |                      |   |        |     |                          |
|  | 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<br>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<br>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  |                                    | 有・無   | 同一・維持 | 申請者との続柄 |                      |   |        |     |                          |
| ④<br>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。<br>2 心身障害者(児)医療証の交付を受けている。<br>3 ひとり親家庭等医療証の交付を受けている。<br>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。<br>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。<br>日野市長 _____ 年 月 日 申請者氏名 _____ |  |                                    |       |       |         |                      |   |        |     |                          |

保険証のコピー(児童のもの)を添付してください。

|      |   |  |   |     |  |
|------|---|--|---|-----|--|
| 市記入欄 | 不足書類  | 申請事由   | 現況  | 取得日 |  |
|      | <input type="checkbox"/> 健康保険証(本人・子)<br><input type="checkbox"/> 所得証明(年度)<br><input type="checkbox"/> 監護事実の同意書<br><input type="checkbox"/> 子の属する世帯住民票<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 出生(第子:税扶養(父・母))<br><input type="checkbox"/> 転入( / より転入)<br><input type="checkbox"/> その他(離婚・婚姻・その他)<br><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<br><input type="checkbox"/> 未申告者 | 交付日 |  |
|      |   |  |   | 受付者 |  |