

小児医療費助成事業医療証交付申請書

記入例

令和 3年 4月 1日

伊勢原市長 殿

記入年月日を御記入ください

次のとおり小児医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

各年1月1日の住民登録地を御記入ください		「養育者」は生計中心者のお名前です		※ 医療証の受給者番号	
				市役所記入欄	
養育者	氏名	イセハラ タロウ 伊勢原 太郎	生年月日	昭和60年 3月 1日	
	住所	伊勢原市 田中348番地	「個人番号」は12桁のマイナンバーを御記入ください		
	今年1月1日の住所地(課税地)	神奈川県 伊勢原市 市区町村	昨年1月1日の住所地(課税地)	神奈川県 大和市 市区町村	
	一昨年1月1日の住所地(課税地)	アメリカ 都道府県 市区町村	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
連絡先	0463-94-4711 ☐父携帯 ☐母携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ☐その他()		※配偶者無の場合、以下に○をしてください。 1離婚(離婚日 年 月 日) 2死別 3未婚 4その他()		
配偶者	フリカナ	イセハラ ハナコ	生年月日	平成2年 4月 1日	
	氏名	伊勢原 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 養育者住所と同じ		
	今年1月1日の住所地(課税地)	神奈川県 伊勢原市 市区町村	昨年1月1日の住所地(課税地)	神奈川県 大和市 市区町村	
	一昨年1月1日の住所地(課税地)	神奈川県 伊勢原市 市区町村	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	
対象小児	フリカナ	イセハラ タケ	生年月日	令和元年 12月 10日	
	氏名	伊勢原 拓也 (2歳)	住所	伊勢原市 <input checked="" type="checkbox"/> 養育者住所と同じ	
	養育者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 ☐その他()		個人番号	記入不要
	同居別居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 別居	生活保護の受給	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
監護の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 無	重度障害者医療費助成の受給	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
生計関係	<input checked="" type="checkbox"/> 同一 維持	ひとり親家庭等医療費助成の受給	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
お子さまの保険証を御確認の上、御記入ください			未熟児養育医療給付の受給	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
加入保険	保険者番号	0 6 1 3 0 0 0 0	被保険者氏名	伊勢原 太郎	
	保険者名	③ 伊勢原市 伊勢原市健康保険組合(健康保険組合・共済組合) 支部	資格取得年月日	記入不要 年 月 日	
	記号番号	記号 1 番号 123456	附加給付金の有無	記入不要 有 無	

同意書

伊勢原市が伊勢原市小児医療費の助成に関する条例第6条に基づく事務手続を処理するため必要となる年度の地方税関係情報その他助成に関する事項について取得することに同意します。

養育者

伊勢原 太郎

自署をお願いします

配偶者

伊勢原 花子

保険証コピー見本
(カード型保険証の場合)

健康保険 家族(被扶養者) 令和2年1月6日
交付
被保険者証 記号 1 番号 123456

氏名 伊勢原 拓也 性別 男
生年月日 令和1年12月10日
認定年月日 令和1年12月10日
被保険者氏名 伊勢原 太郎

対象小児

事務所所在地 伊勢原市田中348番地
事業所名称 伊勢原市株式会社

添付書類リスト

(申請書に貼り付ける必要はありません)

- ☐ 「対象小児」の保険証のコピー
- ☐ 本人確認書類(運転免許証など)[養育者分]のコピー
- ☐ マイナンバーカード または
住民票の記載事項と内容が一致している通知カード
[養育者、配偶者分]のコピー