

子ども医療費受給者証交付申請書 記載例

子ども医療費受給者証交付(更新)申請書

《記載上の注意》

- ①「申請者(保護者)」
子どもの保護者で世帯の生計の中心者の方を記載してください。
電話は、日中に連絡がつく連絡先を記載してください。
- ②「配偶者等」
申請者の配偶者を記載してください。
- ③「個人番号」
マイナンバーカード等に記載されている12桁の個人番号を記載してください。
- ④「養育する児童」
出生での申請の場合は、生まれた児童のみを記載してください。
転入での申請の場合は、高校生等以下の児童すべてを記載してください。
- ⑤「医療保険等」
児童が加入する(加入している)医療保険を記載してください。
(資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている内容を転記します。)
- ⑥「振込先」
保護者の口座を記載してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|--|--|-----------------|-----------|--|-------------|---------------|--------|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 申請者(保護者) | フリガナ | クジ タロウ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 久慈 太郎 久慈 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | 住所 | 久慈市 川崎町1-1 | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 00 年 0 月 0 日 | | 勤務先 | (株) 0000 | | | | | | | |
| | | 日中の連絡先 | | 090 (0000) ×××× | | | | | | | | | |
| | | 児童との続柄 | 父 | | 配偶者の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | | | | | | | |
| 配偶者等 | フリガナ | クジ ハナコ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 久慈 花子 久慈 | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別居 | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 0 年 00 月 00 日 | | 勤務先 | なし | | | | | | | |
| | | 日中の連絡先 | | 090 (0000) ×××× | | | | | | | | | |
| | | 児童との続柄 | 母 | | | | | | | | | | |
| 養育する児童(18歳未満の児童) | 氏名 | | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 居住区分 | 障害の有無 | 住所(別居の場合のみ記入) | | | | | |
| | 児童① | フリガナ | クジ ハルコ | 長女 | 男 | 平成・令和 〇年〇月〇日 | 同居・別居 同居 | 有・無 無 | | | | | |
| | 児童② | フリガナ | | | 男・女 | 平成・令和 年 月 日 | 同居・別居 同居 | 有・無 無 | | | | | |
| | 児童③ | フリガナ | | | 男・女 | 平成・令和 年 月 日 | 同居・別居 同居 | 有・無 無 | | | | | |
| | 児童④ | フリガナ | | | 男・女 | 平成・令和 年 月 日 | 同居・別居 同居 | 有・無 無 | | | | | |
| | 医療保険等 | 被保険者又は組合員氏名 | 久慈 太郎 | | 続柄 | 父 | | 資格取得年月日 | 〇年〇月〇日 | | | | |
| | | 医療保険の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 国保(一般・退職) <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 | | | | | | | | | | |
| | | 記号番号 | 12345-678 | | 本人・被扶養者の別 | 本人・被扶養者 | | | | | | | |
| | | 保険者名 | 全国健康保険協会〇〇支部 | | 保険者番号 | 01030000 | | | | | | | |
| | 振込口座 | 金融機関名 | ゆうちょ 銀行 金庫 農協・信漁連 三 支店 支所 (フリガナ) | | クジ タロウ | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 9900 - 838 普通預金 | | 00000000 口座名義人 | | | | | | | | | |
| | | | | 久慈 太郎 | | | | | | | | | |

本人の署名又は記名押印をお願いします。

《申請手続きに必要なもの》

- 資格確認書または資格情報のお知らせ(児童)
- 預金通帳(保護者名義のもの)
- 印鑑(認印可) ※署名でない場合
- 妊産婦医療費受給者証(お持ちの方のみ)
- 申請者・配偶者の個人番号(マイナンバー)の確認書類
⇒マイナンバーカード、個人番号が記載された住民票の写しのいずれか
- 申請者の身元確認書類
⇒運転免許証、旅券(パスポート)、マイナンバーカード、身体障害者手帳などの官公署発行の写真付きの身分証明書のうち、いずれか1点
⇒上記のものがない場合は、資格確認書、年金手帳、住民票の写し、所得課税証明書
いずれか2点以上をお持ちください。

※以下①～③全てに当てはまる場合は、保護者等の所得課税証明書も必要です。
 ①転入等により市町村民税の課税権が久慈市以外である
 ②子どもが高校生のみ
 ③加入保険が国民健康保険以外

 <必要な所得課税証明書>
 例) ・令和5年8月～令和6年7月の申請
 …令和5年1月1日時点の住所地の市区町村が発行する令和4年中の所得課税状況がわかる証明書
 ・令和6年8月～令和7年7月の申請
 …令和6年1月1日時点の住所地の市区町村が発行する令和5年中の所得課税状況がわかる証明書