

小児医療証交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）座間市長

小児医療証の交付を次のとおり申請します。

申請に当たり、市が神奈川県に対して行う補助金申請等に必要な地方税法その他の地方税に関する法律に基づく条例の規定により算定した税額又はその算定の基礎となる事項に関する情報を調査することに同意します。

太枠内を黒のボールペンで記入してください。（消せるボールペンは不可）

										受給者番号								
対象小児	フリガナ												生年月日		平成 年 月 日			
	氏 名														令和			
	住 所		座間市															
	個 人 番 号																	
	保険の種類		1 国保 2 健保 3 船員 4 私学共済 5 国家公務員共済 6 地方公務員共済 7 国保組合															
	保険者番号										保険者名							
	被 保 険 者 記 号 番 号		記号		番号				被保険者氏名 または世帯主									
	生活保護の受給状況		有 ・ 無		心身障害者医療費 助成事業の該当		有 ・ 無											
	養育医療の該当		有 ・ 無		ひとり親家庭等医療費 助成事業の該当		有 ・ 無											
申請理由		☐ 出生 ☐ 転入（ 年 月 日） ☐ その他（ ）																
保険資格取得日		☐ 出生日と同じ ☐ （ 年 月 日）																
申請者	フリガナ																	
	氏 名																	
	住 所		（対象小児と同じ場合、記入不要）												☐ 対象小児と同じ			
	生年月日		昭和・平成 年 月 日		電 話		（ ）											
配偶者	フリガナ																	
	氏 名																	
	住 所		（対象小児と同じ場合、記入不要）												☐ 対象小児と同じ			
	生年月日		昭和・平成 年 月 日		電 話		（ ）											

※ 申請者（養育者）とは対象小児を監護し生計を維持する者のうち、生計を維持する程度の高い者を言います。
※ 申請者（養育者）または配偶者が市に住民登録がない場合は、運転免許証など住所が確認できるもののコピーを添付してください。

保険情報の資格確認ができる書類を添付してください。（詳細は裏面）

子どもの健康保険情報(被保険者名、被保険者の記号・番号、保険者番号、保険者名、資格取得年月日)が分かるものの写し※を添付してください。

※健康保険証(有効なもの)、健康保険の資格確認書、マイナポータルの資格情報画面等

マイナ保険証で申請する場合は、子どもの個人番号及び保険種別を記入し、子どもの個人番号が確認できるもの及び申請者の本人確認書類の写しを添付してください。

マイナ保険証で申請する場合は、保険情報の確認ができてから審査します。

職員記入欄	受付者
〈事務処理欄〉	
証期間開始日	令和 年 月 日
備考	