小児医療費助成医療証交付申請書記入例

お子様を養育している方（父母ともに収入のある場合は所得の多い方）を記入

必ず本人が署名してください

（表）

小児医療費助成事業医療証交付申請書

①申請者	ふりがな	さむかわ　いちろう		
	氏　　名	寒川　一郎		
	個人番号	1234 5678 9012		
	生年月日	昭和51年6月1日		
	住所	寒川町宮山１６５		
	電話番号	74-1111	配偶者の有無	(有)・無
②受給者（お子様）	ふりがな	さむかわ　はなこ	続柄	子
	氏名	寒川　花子		
	個人番号	2345 6789 0123		
	生年月日	平成21年4月1		
	住所	(同居)・別居		
	電話番号			
③健康保険証の内容	ふりがな	さむかわ　いちろう	申請者との続柄	本人
	被保険者等の氏名	寒川　一郎		
	記号	1000		
	番号	225		
	保険者名	○○○健康保険組合		
	保険者番号	11223344		

マイナンバーを記入してください

申請者からみた妻又は夫の氏名等を記入してください

（裏）

医療証の交付決定時及び更新時に町が所得の状況その他助成に関する事項の状況を公簿等により確認すること、および高額療養費等ついて医療保険者と給付調整することに同意します（個人番号を利用した所得照会を含む）。

同意者（申請者）	氏名	寒川　一郎
	受給者（子）との続柄	父
	個人番号	1234 5678 9012
	今年1月1日の住所地	神奈川県　○○市
	昨年1月1日の住所地	神奈川県　○○市△△区
	一昨年1月1日の住所地	☑上に同じ
同意者（配偶者）	氏名	寒川　花美
	受給者（子）との続柄	母
	個人番号	3456 7890 1234
	今年1月1日の住所地	神奈川県　高座郡寒川町
	昨年1月1日の住所地	☑上に同じ
	一昨年1月1日の住所地	☑上に同じ

※必ず同意する者が自ら署名を行ってください。代理人が署名する場合は委任状を添付してください。

お子様の　健康保険被保険者証

記号 1000　　番号225
氏名　　寒川　花子
生年月日　　平成21年4月1日
被保険者氏名　寒川　一郎
保険者番号　　11223344
保険者名称　　○○○健康保険組合