

# 小児医療費助成医療証交付申請書記入例

必ず本人が署名してください

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

(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		
② (お 給子 者様)	電話番号	74-1111	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	ふりがな	さむかわ はなこ		
	氏名	寒川 花子		
	個人番号	2345 6789 0123		
	生年月日	平成21年4月1日		
③ 加入の内容	住所	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		
	電話番号			
	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	〇〇〇健康保険組合			
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に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 〇〇市
	昨年1月1日の住所地	神奈川県 〇〇市△△区
一昨年1月1日の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 上に同じ
一昨年1月1日の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

### お子様の健康保険資格情報

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    〇〇〇健康保険組合