

子ども医療証交付申請書の記載例

子ども医療費助成の対象となる保護者（お子さんの生計費を主に負担している方です。）の住所、氏名等をご記入ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。

お子さんの氏名及び生年月日等をご記入ください。

お子さんが加入している健康保険証をご確認のうえ、ご記入ください。「子どもの一部負担金の割合」については、未就学児年齢のお子さんは2割、小学生・中学生年齢のお子さんは3割です。なお、申請の際には、お子さんが加入している健康保険証をご持参ください。

点線部以下は記入しないでください。

子	医療証番号	名	—	.		
子ども医療証交付申請書						
平成 23 年 10 月 1 日						
(あて先) 名古屋市長						
対象者 <small>(対象者とは、お子さんを保護し、その生計費を主に負担している方です。)</small>		住所	名古屋市 千種 区 ○○町2丁目 974 番地			
			○○マンション 1 棟 201 号 方			
		氏名	名古屋市 市太郎 <small>子どもの続柄 (父)</small>			
			[生年月日 S40 年 3 月 9 日生] [☎ 052 — 0000 — 0000]			
次のとおり申請します。						
フリガナ	ナゴヤ	イチコ	男	生 年 日		
子ども氏名	名古屋市 市子		女	平成 22 年 4 月 5 日		
子ども住所	※対象者と住所が違う場合のみ記入してください。 名古屋市 区 棟 号 方					
<small>医療費の助成について必要な場合は、名古屋市において市民税に関する課税資料（必要に応じて世帯分を含む。）を確認されることに同意します。</small>						
健康保険の加入状況	被保険者(世帯主)・組合員・加入者	フリガナ	ナゴヤ	イチタロウ	子どもの続柄	父
		氏名	名古屋市 市太郎			
			[生年月日 S40 年 3 月 9 日生]			
	発行機関(都道府県健康保険組合等)	保険者番号	01230010		子どもの一部負担金の割合	2割
		記号番号	123 1234567			
		名称	全国健康保険協会愛知支部			
備 考						

事由	事由発生年月日 平成 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格を取得 <input type="checkbox"/> 他制度からの移行 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> その他 []					
決 裁			資 格 審 査	<input type="checkbox"/> 認 定 <input type="checkbox"/> 却 下	受 理	
課 長	係 長	係 員			取 得	.
				交 付	.	.
				受 付	入 力	