

子ども医療証交付申請書の記載例

子ども医療証交付申請書

(宛先)名古屋市長

次のとおり申請します。また、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(必要に応じた世帯分を含む。)及び子どもの健康保険情報を確認されることに同意します。

子ども医療費助成の対象となる保護者(お子さまの生計費を主に負担している方)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。

お子さまの氏名等をご記入ください。

お子さまが加入している健康保険情報を確認の上ご記入ください。なお、申請の際には健康保険に加入していることを証明するもの(健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ等)をご持参ください。

被保険者と対象者が異なる場合、備考欄に被保険者の住所をご記載ください。

点線以下は記入しないでください。

申請日		年	月	日	医療証番号											
対象者 (生計費を主に負担している方)	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														
	氏名	名古屋 太郎				電話番号	090-○○○○-○○○○									
		(昭和63年 3月 19日生) 子どもとの続柄(父)														
子ども	住所	☒ 対象者と同じ 名古屋市 区														
	フリガナ	ナゴヤ イチコ				生年月日	令和 6 年 12 月 25 日									
	氏名	名古屋 市子				個人番号										
子どもの健康保険加入状況	被保険者氏名	☐ 対象者と同じ 名古屋 花子														
			(昭和62年 7月 11日生) 子どもとの続柄(母)													
	記号 番号	記号 123				番号 4567				枝番 01						
	保険者 番号	01130012				保険者名称	全国健康保険協会東京支部									
備考	(被保険者と対象者が異なる場合の被保険者住所等) 東京都品川区○○-○○															

事由	事由発生年月日	年	月	日
	☐ 出生(新規) ☐ 他市町村からの転入 ☐ 医療保険の資格を取得 ☐ 他制度からの移行			
	☐ 生活保護廃止 ☐ 施設退所 ☐ その他()			

決裁			資格審査	☐ 認定 ☐ 却下 ()	受理		・	・
課長	課長補佐	担当者			取得	・	・	
					交付	・	・	
					受付	入力		