

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、小学生以上のお子さんは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					
令和 4 年 1 月 1 0 日					
(宛先) 名古屋市長 対 象 者 住 所 名古屋市千種区〇〇町2丁目974番地 〇〇マンション1棟201号方 氏 名 名古屋市太郎 (子どもの続柄 (父)) [生年月日 S63年3月9日生] [☎ 052 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇]					
次のとおり申請します。					
フリガナ	ナゴヤ	イチコ	生 年 月 日		令和4年1月1日
子ども氏名	名古屋市子				
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				
医療費の助成については必要な場合は、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。）を添付されることに同意します。					
子どもの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	氏 名	子どもの続柄	父
			<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ [生年月日 年 月 日生]		
			住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ	
			記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 (枝番) 0 1	
発行機関(健康保険組合等)	保 険 者 番 号	0 1 2 3 0 0 1 0	子どもの一部負担金の割合	2 割	
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 令和 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	受 理 取 得 交 付	
課 長	係 長	係 員	
			()	受 付 入 力	