

子ども医療証交付申請書

記入見本

(あて先) 八尾市長

子ども医療証の交付を申請します。

※なお、以下の対象者及び保護者等において、対象年齢の18歳まで本医療費の助成資格等を受けるにあたり住民基本台帳、住民税課税台帳、健康保険等に関わる必要な情報のために各関係機関に対し、調査及び照会することについて同意します。

※左の太枠欄のみ消えない黒の

ボールペンでご記入ください。

		提出日		令和 6 年 12 月 2 日													
対象の子ども	フリガナ	ヤオシ シロウ		生年月日	平成 6 年 11 月 20 日 令和												
	氏名	八尾市 次郎		保護者連絡先	090 - 0X0X - 0000												
	マイナンバー (個人番号)	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4				
住所	八尾市 本町1丁目1番1号																
保護者	フリガナ	ヤオシ タロウ		フリガナ	ヤオシ ハナコ												
		八尾市 太郎		続柄	父												
		八尾市 花子		続柄	母												
	<input checked="" type="checkbox"/> してください	<input checked="" type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。				<input checked="" type="checkbox"/> してください	<input checked="" type="checkbox"/> ※上記内容について、同意します。										
	主たる生計者	マイナンバー (個人番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
	生年月日	昭和・平成 61 年 3 月 1 日		配偶者	マイナンバー (個人番号)	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	現住所	子に同じ		生年月日	昭和・平成 2 年 4 月 3 日												
	今年1月1日の住所	八尾市	大阪	都・道 府・県 市・区 町・村	現住所	子に同じ											
	前年1月1日の住所	八尾市	奈良	都・道 府・県 市・区 町・村	今年1月1日の住所	八尾市	都・道 府・県 市・区 町・村										
	前年1月1日の住所	八尾市	奈良	都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日の住所	八尾市	都・道 府・県 市・区 町・村										
健康保険資格情報	対象の子ども	被保険者 (お子さまが 誰の健康保険に 入っているか)	父	母	その他	その他の 場合のみ 記入	フリガナ		続柄								
		保険の種類 (該当する ものに○)	市町村国民健康保険		国民健康保険組合	社会保険	氏名		昭和	年	月	日					
		記号・番号・ 枝番	記号	1 2 3 4 5 6 7 8		番号	1 2		枝番	0 2							
		平成															
		上記に記入のうえ、健康保険資格情報の分かる書類(※)の添付をお願いします。															
	※健康保険資格情報の分かる書類(いずれも写しで可) 資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータル上のオンライン資格確認画面、健康保険証(令和6年12月2日から最大1年間有効(先に有効期間が到来する場合はその有効期間まで))等																

(医療証について)
入院および外来医療費が対象となる医療証を発行いたします。

(対象の子ども欄について)
連絡先欄には、対象のお子さまの保護者の連絡先をご記入ください。

(保護者欄について)
◎対象のお子さまを監護し生計を維持する者(父・母、またはお子さまを現在監護している者)についてご記入ください。
※保護者のうち所得の高い方を「主たる生計者」欄、その配偶者を「配偶者」欄にご記入ください。

◎「マイナンバー(個人番号)」の欄に12桁の番号をご記入ください。

◎住所について
・現住所が対象のお子さまと同じでない場合にご記入ください。
・本年1月1日、前年1月1日に他の市区町村に住所を有していた場合はご記入ください。
※この住所地へマイナンバーの情報連携により所得について照会します。(住民登録外課税等、ご本人の状況により異なる場合は、備考欄にご記入ください。)

(健康保険資格情報欄について)
◎対象のお子さまが加入されている健康保険資格情報の分かる書類の写しを添付してください。
◎被保険者が主たる生計者・配偶者以外の場合のみ、被保険者の氏名欄等にご記入ください。