

乳幼児・子ども医療証交付申請書

記入例

子どもの医療費助成制度の医療証の交付について、次のとおり必要書類を添付して申請します。
 なお、受給資格の審査のために必要な範囲で、課税状況、児童手当の受給状況、ひとり親家庭又は心身障害者に係る医療費助成の受給状況等について、墨田区の保有する情報により確認し、又は関係機関に照会することに同意します。

墨田区長あて

令和4年4月1日								
① 申請者	住所 連絡先	墨田区 両国 1 丁目 1 番 1 - 111 号		③ 加入保険の状況	被保険者証	記号	1234	※医療証 済・未 郵送(/)
	自宅電話	03 (1111) 1111	被保険者氏名		番号	5678		
	携帯電話	090 (0000) 0000	子どもの保険の 資格取得日		墨田 太郎		※保険証添付 有・無	
	フリガナ	スミダ タロウ	生年月日		令和4年1月5日		※児童手当 同日申請(新規) 同日申請(額改) 後日申請予定 非該当	
	氏名	墨田 太郎	昭和 平成 5年 11月 10日		保険者名称		〇〇健康保険組合	
	外国人通称名()		続柄		保険者番号		12345678	
個人番号		父・母	保険の種類		1 国保 2 国保組合 3 組合 4 協会 5 共済 6 その他	※備考		
加入年金	1 国民年金 2 厚生年金 3 未加入	その他()						
② 対象児童の状況	フリガナ	スミダ ジロウ	性別	生年月日	生活保護	※受給者番号 ※証区分		
	氏名	墨田 二郎	男・女	平成 4年 1月 5日	有 無	保険証の記入内容がわからない場合は、お子様の加入予定もしくは加入されている保険証のコピーを添付してください。		
	個人番号		令和					
	フリガナ		性別	生年月日	生活保護			
	氏名							
	個人番号							
個人番号								

- ①申請者はお子様と同居している保護者のうち所得の高い方になります。
 - ②対象児童は今回申請されるお子様の内容をお書きください。
 - ③お子様の保険証の内容をお書きください。お手元がない場合は加入される予定の保険証の内容でかまいません。
- ※黒塗りしている枠については記入しないでください。