

記入例

第4号様式（第11条関係）

こども医療費助成事業医療証交付申請書

R〇年〇〇月〇〇日

(宛先)綾瀬市長

次のとおり、こども医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

申請者	ふりがな	あやせ たろう	住 所	綾瀬市	
	氏 名	綾瀬 太郎		〇〇〇〇〇〇〇〇	
	生年月日	H〇〇年〇〇月〇〇日		電 話	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
	個人番号			配偶者の有無	有・無
対象となる こども	ふりがな	あやせ はなこ	住 所	同上	
	氏 名	綾瀬 花子			
	続 柄	子	同居・別居の別	同居・別居	
	生年月日	R〇〇年〇〇月〇〇日	監 護 の 有 無	有・無	
	個人番号		生 計 関 係	同一・維持	
ひとり親家庭等医療費助成事業・ 重度障害者医療費助成事業の該当			有・無	生活保護の受給状況	有・無

太枠内を記入してください

加 入 保 険 の 状 況	保険の種類	1 国保 2 国組 3 協会 4 組合 5 日雇 6 船員 7 共済
被 保 険 者 等	申請者の続柄	
被保険者証等記号番号	保 険 者 名	符 号 名 称
保 険 者 所 在 地		

医療証交付事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の綾瀬市国民健康保険の加入状況を国民健康保険資格情報により確認することについて同意します。

対象となるこどもの保険証の写しを一緒に提出してください。
※綾瀬市国民健康保険証の場合は不要です。

市使用欄

申請理由	☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 他医療喪失（ひとり親・重障・生保） ☐ その他（						
不足書類	☐ こどもの保険証の写し ☐ 所得証明書（ 年度） ☐ その他（						
受付者		発行者		発行日		受給者No.	