

子ども医療費助成事業医療証交付申請書

① 令和 6年 4月 1日

伊勢原市長 殿

次のとおり子ども医療費助成事業の医療証の交付を申請します。

※ 医療証の受給者番号  
市役所記入欄

② 保護者	フリガナ	イセハラ タロウ	生年月日	昭和60年 3月 1日
	氏名	伊勢原 太郎		
	住所	伊勢原市 田中348番地		
	今年1月1日の住所(課税地)	神奈川県 伊勢原市	昨年1月1日の住所(課税地)	神奈川県 伊勢原市
⑤ 配偶者	フリガナ	イセハラ ハナコ	生年月日	平成2年 4月 1日
	氏名	伊勢原 花子		
	住所	保護者住所と同じ		
	今年1月1日の住所(課税地)	神奈川県 伊勢原市	昨年1月1日の住所(課税地)	神奈川県 伊勢原市
⑥ 対象の子ども	フリガナ	イセハラ タクヤ	生年月日	平成28年 6月 30日
	氏名	伊勢原 拓也 (7歳)		
	住所	保護者住所と同じ		
	保護者との続柄	子		
⑦ 加入保険	保険者番号	0 6 1 3 0 0 0 0	被保険者氏名	伊勢原 太郎
	保険者名	伊勢原市 伊勢原市健康保険協会(支部) 健康保険組合・共済組合	資格取得年月日	平成28年6月30日
	記号番号	1 123456	附加給付金の有無	有
	備考			
⑧ 同意書				
伊勢原市が伊勢原市子ども医療費の助成に関する条例第6条に基づく事務手続を処理するため必要となる年度の地方税関係情報その他助成に関する事項について取得することに同意します。				
保護者		伊勢原 太郎		
配偶者		伊勢原 花子		

記入例

①	記入年月日を御記入ください。
②	保護者(生計中心者)の方について御記入ください。
③	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人番号のわかる書類をお持ちの場合 →12桁の個人番号を御記入ください。</li> <li>個人番号のわかる書類をお持ちでない場合(市内在住の方に限る) →市が個人番号を確認、利用することに同意される場合は、枠外「本人同意済」欄にチェックしてください。</li> </ul> <p>※「対象の子ども」が高校生世代の場合、個人番号の記入・本人同意済欄のチェックは不要です。</p>
④	該当する方は御記入ください。
⑤	<p>配偶者の方について御記入ください。住所が保護者と同じ場合はチェックしてください。</p> <p>※④に該当する場合は、記入不要です。</p> <p>※「対象の子ども」が高校生世代の場合、個人番号の記入、本人同意済欄のチェックは不要です。</p>
⑥	対象の子どもについて御記入ください。住所が保護者と同じ場合はチェックしてください。
⑦	<p>対象の子どもの保険証を御確認の上、御記入ください。</p> <p>※対象の子どもの保険証の写しも併せて御提出ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>保険証コピー見本 (カード型保険証の場合)</b></p> <p>健康保険 家族(被扶養者) 平成28年7月20日交付 被保険者証 記号 1 番号 123456</p> <p>氏名 伊勢原 拓也 性別 男 生年月日 平成28年6月30日 認定年月日 平成28年6月30日 被保険者氏名 伊勢原 太郎</p> <p>事務所所在地 伊勢原市田中348番地 事業所名称 伊勢原市株式会社 保険者番号 06130000</p> </div>
⑧	<p>保護者・配偶者の方の署名をお願いします。</p> <p>※④に該当する場合、配偶者の署名は不要です。</p> <p>※「対象の子ども」が高校生世代の場合、保護者・配偶者の署名は不要です。</p>