

子 医療証交付申請書

[管理番号: 住登年月日: 個人番号職権取得: 請 配]

<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 養育者変更 <input type="checkbox"/> 他()	市受付印
提出年月日 年 月 日	受付者:
生活保護受給	有・無
ひとり親医療費助成	有・無
心身障害者医療費助成	有・無

(宛先) 小金井市長

申請時及び助成期間中の資格審査のために、小金井市長が私の世帯の状況を公簿で調査すること及び電子計算組織に記録することに同意し、医療証の交付を申請します。

申請者	ふりがな		性別	生年月日	年 月 日	
	氏名 (生計中心者)		男・女			
	申請者個人番号		←2子以降申請時は不要			
住所	小金井市		本年1/1現在の住所: 前年1/1現在の住所:			
配偶者等	配偶者の有無	有・無	ふりがな 配偶者の氏名	生年月日	年 月 日	
	配偶者個人番号		←2子以降申請時は不要			
	配偶者の住所	同上・() 本年1/1現在の住所: 前年1/1現在の住所:				
児童	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	※乳 ※子	※児童の管理番号・住登年月日
			年 月 日	同・別		管理番号: 住登年月日:
			年 月 日	同・別		管理番号: 住登年月日:
			年 月 日	同・別		管理番号: 住登年月日:
			年 月 日	同・別		管理番号: 住登年月日:
別居のときの児童の住所						

※印の欄は、記入しないでください。字は楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。記入押印に代えて、署名することができます。

※市記入欄(審査欄)

所得審査	A 総所得	円	雑損控除額・ 医療費控除額	円	小規模企業共済 掛金控除額	円	障害者控除額 障 人・特障 人	円	寡・特寡・勤労	円	一律控除	80,000円
	B 控除計	円										
	A-B 控除後所得	円	扶養親族の数 人 (控除対象配偶者 有・無、老人扶養 人、その他扶養 人)									
	所得制限限度額	円	住民税課税状況		課税 ・ 非課税							
	控配無の場合の配偶者所得	円										
システム入力 チェック		医療証印字 チェック	医療証有効期間開始日		年 月 日~		<input type="checkbox"/> 申請日 <input type="checkbox"/> 出生日 <input type="checkbox"/> 転入日		発送日 /			
不足書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証(請・児・配)		<input type="checkbox"/> 課税証明書 年度(請・配)						住基確認			
	<input type="checkbox"/> 監護事実同意書 <input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 課税証明書 年度(請・配)						所得確認			
	<input type="checkbox"/> 年金加入証明書 <input type="checkbox"/> 口座		<input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> その他()									
備考												

ここに保険証のコピーを貼付してください。(のり付け)

カード式の場合

子どもが5人以上のときは下の余白に貼付してください。

※医療証の申請者と、子どもが加入する保険の被保険者が違う場合は、申請者の保険証も貼付してください。

子どもの保険証を貼付

健康保険 家族（被扶養者）

被保険者証 記号 123 番号 4567

氏名 小金井 太郎

生年月日

資格認定日

保険者所在地

保険者番号 保険者名称

保険組合の印

健康保険 家族（被扶養者）

被保険者証 記号 123 番号 4567

氏名 小金井 一郎

生年月日

資格認定日

保険者所在地

保険者番号 保険者名称

保険組合の印

家族（被扶養者）

子どもの保険証 (子ども3人目)

保険組合の印

家族（被扶養者）

子どもの保険証 (子ども4人目)

保険組合の印

従来型の場合

貼付しきれないときは、別紙(A4用紙)に貼付し、添付してください。

健康保険被保険者証				被扶養者氏名	性別	生年月日	保険者印
記号	1 2 3	番号	4 5 6 7	小金井 花子	女	昭	保険組合の印
	氏名	小金井 太郎		小金井 一郎	男	平	保険組合の印
被保険者	生年月日			以下余白			
	住所						
	資格取得日						
事業所							
健康保険組合	06130000		〇〇健康保険組合				