

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療証交付申請書

調布市長 宛

年 月 日申請

次のとおり、医療証の交付を申請します。また、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行います。
 また、申請及び医療証の更新・切替えをするに当たり、申請者及びその配偶者の所得状況その他の審査に関わる情報について、市の保有する公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認することに同意します。

申請者	フリガナ			生年月日	S・H	年	月	日			
	氏名			児童との続柄			配偶者の有無	有・無			
	個人番号			勤務先名							
	住所	調布市						電話（自宅・父・母）	（ ）		
	加入健康保険	1 協会・組合・共済（右記に該当する場合は○ ア 私立学校教職員共済 イ 国家公務員共済 ウ 地方公務員等共済） 2 国保 3 未加入 4 その他（ ）									
配偶者	フリガナ			職業	1 被用者 2 公務員 3 被用者等でない者						
	氏名			勤務先名 （公務員の場合）							
	生年月日	S・H	年	月	日	住所	1 同居 2 別居[単身赴任・その他（ ）] 別居の場合				
	個人番号										
今年（ 年）1月1日の住所	1 調布市内 2 調布市外（申請者				配偶者等					）	
昨年（ 年）1月1日の住所	1 調布市内 2 調布市外（申請者				配偶者等					）	
乳幼児・児童・高校生等	フリガナ 氏名	生年月日		続柄	同居・別居	監護	生計関係	受給者番号			
		H・R 年 月 日			同・別	有・無	同一・維持	乳・子・青			
		H・R 年 月 日			同・別	有・無	同一・維持	乳・子・青			
		H・R 年 月 日			同・別	有・無	同一・維持	乳・子・青			
		H・R 年 月 日			同・別	有・無	同一・維持	乳・子・青			
申請する乳幼児等の加入健康保険	保険者名称		<input type="checkbox"/> 調布市国保 <input type="checkbox"/> 上記以外（ ）								
	保険者番号										

※ 市 処 理 欄

保険情報確認	① 加入健康保険	<input type="checkbox"/> 調布市国保 <input type="checkbox"/> その他（→ ② 情報照会）								
	② 情報照会 [確認]									
	③ 資格確認書提出案内								提出日	

申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 出生（第2子以降） <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）							受付年月日
申請受付	<input type="checkbox"/> 児手 <input type="checkbox"/> マル乳子青 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> マル親 <input type="checkbox"/> 特児							
不足書類	<input type="checkbox"/> 地方税同意書（父/母） <input type="checkbox"/> 監護事実の同意書 <input type="checkbox"/> 監護相当・生計費負担の確認書 <input type="checkbox"/> 口座（父/母） <input type="checkbox"/> その他（ ）							
特記事項								受付（ ）

記入例

義務教育就学児・高校生等医療証交付申請書

調布市長 宛

◆◆年 ◆◆月 ◆◆日申請

次のとおり、医療証を交付し、また、申請及び審査に当たり、市の保有する

お子さんの保護者のうち、恒常的に所得の高い方が申請者となります。単身赴任などで、調布市に在住していても結構です。

速やかに届出を行います。状況その他の審査に関わる情報について同意します。

申請者	フリガナ	チョウフ タロウ	生年月日	S (H) 〇〇年〇月〇日							
	氏名	調布 太郎	児童との続柄	父	配偶者の有無	(有)・無					
	個人番号	マイナンバーがわからない場合には、記載がなくても申請することができます。	勤務先名	株式会社 〇〇〇〇							
	住所	調布市 小島町2-35-1 ▲▲マンション 1101号 電話(自宅・父・母) 070 (1234) 5678									
	加入健康保険	1 協会・組合・共済 (右記に該当する場合は○ ア 私立学校教職員共済 イ 国家公務員共済 ウ 地方公務員等共済) 2 国保 3 未加入 4 その他 ()									
配偶者	フリガナ	チョウフ ハナコ	職業	1 被用者 2							
	氏名	調布 花子	勤務先名 (公務員の場合)	×××市△△△町1-2-3							
	生年月日	S・H 〇〇年〇月〇日	住所	1 同居 2 別居の場合 ×××市△△△町1-2-3							
	個人番号	マイナンバーがわからない場合には、記載がなくても申請することができます。									
今年 (◆◆年) 1月1日の住所	1 調布市内 2 調布市外 (申請者 〇〇県〇〇市 配偶者等 〇〇県〇〇市)										
昨年 (◇◇年) 1月1日の住所	1 調布市内 2 調布市外 (申請者 〇〇県〇〇市 配偶者等 〇〇県〇〇市)										
乳幼児・児童・高校生等	フリガナ	氏名	生年月日	続柄	同居・別居	監護	生計関係	受給者番号			
	チョウフ イチタ	調布 一太	H R 〇年〇月〇日	子	同・別	有・無	同一・維持	乳・子・青			
	チョウフ ニコ	調布 二子	H R 〇年〇月〇日	子	同・別	有・無	同一・維持	乳・子・青			
								乳・子・青			
								乳・子・青			
申請する乳幼児等の加入健康保険		保険者名称	<input type="checkbox"/> 調布市国保 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外 (〇〇〇〇健康保険組合)								
		保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	

【監護】
→申請者が子どもの生活について必要な監督・保護を行っている状態のことです。
【生計関係】
実子の場合は同一、実子以外(孫や親族など)の場合は維持です。

昨年・今年の1月1日現在で調布市に居住(住民登録)していない場合は、当時の住所地(海外の場合は国名)を記入してください。

保険情報確認	お子さんが加入している(または加入予定の)健康保険組合の情報を記入してください。健康保険の資格情報は、次の方法で確認できます。									
	○ マイナポータルにログインし確認 ○ 健康保険組合発行の「資格情報のお知らせ」 ○ 健康保険組合発行の「資格確認書」									
										提出日

申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 出生(第2子以降) <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付年月日
申請受付	<input type="checkbox"/> 児手 <input type="checkbox"/> マル乳子青 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> マル親 <input type="checkbox"/> 特児	
不足書類	<input type="checkbox"/> 地方税同意書(父/母) <input type="checkbox"/> 監護事実の同意書 <input type="checkbox"/> 監護相当・生計費負担の確認書 <input type="checkbox"/> 口座(父/母) <input type="checkbox"/> その他 ()	
特記事項		受付 ()