

子どもの医療証交付申請書

年 月 日

(宛先)箕面市長

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

医療証の交付を次のとおり申請します。

なお、本医療費助成の資格に関する個人情報について、住民基本台帳、市民税課税台帳(他市町村を含む。)、国民健康保険資格台帳及び児童手当受給者台帳において、必要に応じた調査を受けることを承諾します。

		受給者番号							
対象者(子ども)	フリガナ		資格始期	令和		年		月	日
	氏名		生年月日	平成		年		月	日
	住所	箕面市 丁目 番 号							
保護者1	フリガナ		続柄	父・母					
	氏名		生年月日	昭和		年		月	日
	住所	同上・箕面市外()							
保護者2	フリガナ		続柄						
	氏名		生年月日	昭和		年		月	日
	住所	同上・箕面市外()							
加入医療保険	被保険者氏名		区分						
	記号		番号						
	保険者名		保険者番号						
	資格取得日		年		月		日	付加給付の有無	
備考欄									
公的所得状況資料 1 課税台帳 2 所得証明書 3 その他()									
所得の状況	年度		制度	年度		制度			
扶養人数			府・市			府・市			
所得額									
控除額									
控除後所得額									
							受付	入力	確認

子どもの医療証交付申請書

令和□年 ○月 △日

(宛先)箕面市長

(申請者) 住所 **箕面市西小路4-6-1**
 氏名 **箕面 太郎**
 電話 **072-724-6733**

この枠のところを記入してください

医療証の交付を次のとおり申請します。

なお、本医療費助成の資格に関する個人情報について、住民基本台帳、市民税課税台帳(他市町村を含む。)、国民健康保険資格台帳及び児童手当受給者台帳において、必要に応じた調査を受けることを承諾します。

		受給者番号		
対象者(子ども)	フリガナ	ミノオ カエデ	資格始期	
	氏名	箕面 楓	生年月日 令和元年5月1日	
	住所	箕面市西小路4丁目6番1号		
保護者	フリガナ	ミノオ タロウ	続柄 父	
	氏名	箕面 太郎	生年月日 昭和56年5月20日	
	住所	(同上)・箕面市外()		
保護者	フリガナ	ミノオ ハナコ	続柄 母	
	氏名	箕面 花子	生年月日 昭和60年3月15日	
	住所	箕面市西小路4丁目6番1号		
加入医療保険	被保険者氏名	① 箕面 太郎	区分	
	記号	② 100	番号 4649	
	保険者名	③ 全国健康保険協会大阪支部	保険者番号 ④ 1270016	
	資格取得日	⑤ 令和元年5月1日	付加給付の有無	
備考欄	0			
公的所得状況資料	1. 課税台帳 2. 所得証明書 3. その他()			
所得の状況	平成 年度	制度	平成 年度	制度
扶養人数		府・市		府・市
所得額				
控除額				
控除後所得額				
	受付	入力	確認	



郵送申請される場合は、健康保険証のコピーを添付してください

①～⑤の保険証での記載場所(例)

健康保険被保険者証			
② 記号	100	番号	4649
被保険者	氏名 ①	箕面 太郎	男
	生年月日	昭和56年5月20日	
	住所	箕面市西小路4-6-1	
	資格取得年月日	平成18年 4月 1日	
事業所	所在地	箕面市〇〇1-1-1	
	名称	子どもみのお 株式会社	
保険者	所在地	箕面市△△1-2-3	
	④ 保険者番号	③ 全国健康保険協会 大阪支部	

被扶養者氏名	性別	生年月日	保険者印
箕面 花子	女	昭和60.3.15	みのお グループ
箕面 楓	女	令和元年5月1日 ⑤ 認定日 R1.5.1	みのお グループ

⑤について
個人の認定日が記載されていない場合は、被保険者の資格取得日をご記入ください。

※ 記入例の②③④の欄はカード式のものを例として記載しています。

カード式の健康保険証

健康保険被保険者証 家族(被扶養者) 令和元年5月20日交付

② 記号 100 番号 4649

氏名 ミノオ カエデ 箕面 楓 性別 女

生年月日 令和元年5月1日

⑤ 認定年月日 令和元年5月1日

被保険者氏名 ① 箕面 太郎

事業所所在地 箕面市〇〇1-1-1

事業所名称 子どもみのお 株式会社

④ 保険者番号 ③ 全国健康保険協会 大阪支部

保険者名称 ③ 全国健康保険協会 大阪支部

保険者所在地 大阪府中央区平野町2-3-7

印

お子様の健康保険証を見て記入してください