

# 記入例

第1号様式（第7条関係）

## こども医療費受給者証交付申請書

記入日

日中連絡が取れる電話番号

藤枝市長宛 申請者  
(保護者)

住所 藤枝市岡出山1丁目11番1号  
氏名 藤枝 太郎  
連絡先 054 - 643 - 3241

令和 〇〇年 〇月 〇日

18歳以下のこどもから数えて第何子か？

私は、下記の同意事項に同意し、藤枝市こども医療費受給者証の交付を申請します。

こども	受給者(こども)	フリガナ	フジエダ フジエ	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	第1子・第2子・第3子以降
	氏名	藤枝 ふじ江		生年月日	R 〇〇年 〇月 〇日
	個人番号			婚姻の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚
	住所	藤枝市岡出山1丁目11番1号		連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
保護者 = 保険証の被保険者	保護者(注1)	フリガナ	フジエダ 太郎	こどもとの続柄	父・母・その他( )
	氏名	藤枝 太郎		生年月日	S 〇〇年 〇月 〇日
	個人番号			加入年金	国民年金・厚生年金 その他( )
	住所	〒100-8916 東京都千代田区霞ヶ関 1-2-2		1月1日時点の 住所地(注2)	
保護者の配偶者	保護者の配偶者	フリガナ	フジエダ フジコ	こどもとの続柄	父(母)その他( )
	氏名	藤枝 ふじ子		生年月日	S 〇〇年 〇月 〇日
	個人番号			加入年金	国民年金・厚生年金 その他( )
	住所	同上		1月1日時点の 住所地(注2)	
こどもの保険証情報	加入保険	記号・番号	〇〇〇-〇〇〇	資格取得年月日	R 〇〇年 〇月 〇日
	保険者名	藤枝市・全国健康保険協会・健康保険組合 その他( )		被保険者名	藤枝 太郎
児童と保護者が別居の場合 こどもの住所地 の世帯主について記入してください 児童が世帯主の場合は、児童の名前(続柄は本人) を記入してください。	世帯主(注3)	フリガナ		こどもとの続柄	
	氏名			生年月日	年 月 日
<p>※市が、児童手当の受給状況・所得状況について公簿等により確認すること。 ※市が、こども医療費助成金の算定に用いるため、医療機関から国民健康保険団体連合会を經由して助成の対象となる医療費に係る情報を収集すること。 (承諾有効期限：申請日から満18歳に達した日以後の最初の3月31日まで)</p>					

こども自身の婚姻の状況にし点をしてください。

こどもが保護者と別居の場合は、こどもの連絡先をご記入ください。

こどもの保険証の認定年月日

(注1) 保護者は主たる生計維持者について記入してください。

(注2) 1～5月申請の場合は前年、6～12月申請の場合は本年の1月1日の住所地を記入してください。

(注3) こどもが保護者及び保護者の配偶者と別居の場合は、こどもの住所地の世帯主を記入してください。