

子ども医療費助成医療証交付申請書

※ 太枠の中を記入してください。

申請者（保護者）	氏名	子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。また、受給期間中の資格審査のため所得状況を確認することに同意します。												
		東京都北区長 殿					申請日 年 月 日							
		住所												
		電話 ()												
		フリガナ氏名												
		生年月日 年 月 日 個人番号（マイナンバー）												
養育する子ども	番号	フリガナ氏名				生年月日		続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係			
		1					年 月 日					同居・別居	有・無	同一・維持
			マイナンバー											
			個人番号											
	2					年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持					
		マイナンバー												
		個人番号												
	3					年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持					
		マイナンバー												
	個人番号					年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持					
		個人番号												
	子どもが加入している健康保険	北区国保 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合 私学共済 都内国保組合 都外国保組合				金 申請者の加入年	国民年金 厚生年金 〔 1号 民間一般 2号 国共済 3号 地共済 4号 私学共済 未加入 〕		他制度確認欄	1 生活保護を受けている。 2 ひとり親医療証を持っている。 3 子どもが心身障害者医療証を持っている。 4 子どもが児童福祉施設に入所している。 （母子生活支援施設・通所施設を除く。）				
申請の際、子どもが加入している（出生の場合）は加入予定の健康保険等の資格確認書の写しを添付すること。														

(注) 申請者が、高校生等であって他の者から監護されていないものである場合は、「申請者（保護者）」及び「養育する子ども」の欄にご自身の氏名等をご記入ください。

区事務処理欄	保留理由		加入保険・住基・()		受付	入力	確認	交付
	認定事由		転入・出生・()					
	児童手当		申請中・受給中・無					
	養育する子ども	番号	資格取得日		受給者No.			窓・郵
		1	年 月 日					
		2	年 月 日					
		3	年 月 日					

子ども医療費助成医療証交付申請書

※ 太枠の中を記入してください

申請者 (保護者)	氏名	住所	電話	フリガナ氏名	生年月日	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)
養育する子ども	番号	フリガナ氏名	生年月日	続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係		
	1	マイナンバー 個人番号	年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持		
	2	マイナンバー 個人番号	年 月 日						
子どもが加入している健康保険	北区国保 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合 私学共済 都内国保組合 都外国保組合	金 申請者の加入年	国民年金 厚生年金 1号 民間一般 2号 国共済 3号 地共済 4号 私学共済 未加入	他制度 確認欄	1 生活保護を受けている。 2 ひとり親医療証を持っている。 3 子どもが心身障害者医療証を持っている。 4 子どもが児童福祉施設に入所している。 (母子生活支援施設・通所施設を除く。)				
子どもが加入している(出生の場合、加入予定の)健康保険種別に○を付けてください。	申請者が加入している年金種別に○を付けてください。		お子さんが1～4に該当する場合は○を付けてください。						

(注) 申請者が、高校生等であって他の者から監護されていないものである場合は、「申請者(保護者)」及び「養育する子ども」の欄にご自身の氏名等をご記入ください。

区事務処理欄	保険理由	加入保険・住基・()	受付	入力	確認	交付
	認定理由	転入・出生・()				
	児童手当	申請中・受給中・無				
	養育する子ども	番号	資格取得日			
		1	年 月 日			
2		年 月 日				
	3	年 月 日				

お子さんの保険資格のわかるものをのり付けしてください。写しが枠内に入らない場合は、裏面に貼付してください。
※申請する対象児童すべての資格の写しが必要です。
※出生で交付に時間がかかる場合、加入予定の保険資格が分かる書類(父または母)の写しで構いません。