

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)	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 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) _____						
	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
養育する子ども	1	マイナンバー	年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持
		個人番号					
	2	マイナンバー	年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持
		個人番号					
	3	マイナンバー	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 都内国保組合 都外国保組合	年金 申請者の加入	国民年金 厚生年金 共済年金 その他共済年金 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証の写しを添付してください。							

(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						

記入例

申請者は、
 「子ども医療証(マル乳・マル子)をお持ちのお子さんがない世帯」は、「同居している父母のうち所得が高い方」が申請者となります。
 父母以外が養育している場合は、養育している方が申請者となります。
 高校生等で誰からも養育・監護されていない場合、高校生等本人が申請者となります。
 すでに「子ども医療証(マル乳・マル子)をお持ちのお子さんがある世帯」は、「医療証に記されている保護者」となります。

申請者
(保護者)

東京都北区長 殿 申請日 令和5年 1 月 20 日

氏名 住所 北区王子本町△-△
 電話 000 (0000) 000
 氏名 キタ タロウ 北 太郎
 生年月日 昭和48年 9 月 1 日 個人番号 (マイナンバー) ○○○○○○○○○○○○

養育する子ども

番号	氏名	生年月日	続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係
1	キタ 一太郎 北 一太郎	H17. 9. 16	子	同居・別居	有・無	同一・維持
2	キタ 二太郎 北 二太郎	H17. 9. 16	子	同居・別居	有・無	同一・維持

対象児童（現在高1，2年生相当）の氏名、生年月日をご記入ください。
 申請者との続柄、同居・別居の別、監護の有無、生計関係をご記入ください。
 ※対象児童とは「平成17年4月2日～平成19年4月1日生まれの児童」です。
 ※上記以外の児童について、記入は不要です。

「監護の有無」とは、申請者がお子さんの監督・保護している(面倒をみている)かどうかです。
 「生計関係」は、申請者自身の子どもである場合は「同一」、それ以外は「維持」となります。

子どもが健康加入している

健康保険組合	国民年金 厚生年金 共済年金 その他共済年金 未加入	他制度確認欄	2 ひとり親医療 3 子どもが心身 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)
--------	--	--------	--

お子さんの加入している健康保険種別に○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。

子どもの保険証(表面)

申請者が加入している年金種別に○を付けてください。

氏名: 北 一太郎
 保険組合名: △△△△

子どもの保険証(裏面)

記号: ●● 番号: ●●●

氏名: 北 二太郎
 保険組合名: △△△△

(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	お子さんの保険証の写しをのり付け、もしくは同封してください。 ※複数いる場合には、申請する対象児童すべての保険証の写しが必要です。	
1		年 月 日				
2		年 月 日				
	3	年 月 日				