



こども医療費助成
医療証交付申請書

年 月 日

相模原市長あて

次のとおり申請します。なお、県への補助金申請等のため、申請者等の租税に関する公簿の閲覧、健康保険の資格・給付情報等について健康保険者等と調整を行うこと（個人番号を利用した所得照会、健康保険情報照会を含む）及び児童（扶養）手当受給者台帳の閲覧を承諾します。このことについて、私の属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。

区 分	フリガナ	続柄	個人番号				住所
	氏名		生年月日				
対象者 (こども)		本人	年 月 日				
申請者 (所得が高い方)			年 月 日				同居・別居（別居の場合は住所を記入） 連絡先（ - - ）
申請者の 配偶者等			年 月 日				同居・別居（別居の場合は住所を記入） 連絡先（ - - ）
対象者 (こども) の加入 健康保険	被保険者 又は世帯主						
	被保険者証の 記号番号（枝番）	記号			番号	()	
	保険者番号						
	保険者名	<input type="checkbox"/> 相模原市国民健康保険 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 共済組合 <input type="checkbox"/> _____					
	対象者の保険加入日 (資格取得日、認定日)	年 月 日					
<p>《税証明書の添付省略理由》 以下の該当するものにチェックおよび記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号利用による所得照会先 → 【申請者】 今年の1/1住所地「市内・ _____ 」、昨年の1/1住所地「市内・ _____ 」 【配偶者等】 今年の1/1住所地「市内・ _____ 」、昨年の1/1住所地「市内・ _____ 」</p> <p><input type="checkbox"/> 海外に居住 → 居住者： <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 配偶者等、居住期間：「 _____ ~ _____ 」</p>							

【事務処理欄】 番号確認： 番号C 通知C OL(職員補記) その他()

身元確認： (1点) 番号C 免許証 パスポート 在留C 住記C

(2点) 保険証(国・社・介・後) 年金手帳等 その他()

受付担当： () 【相模原市役所 子育て給付課 医療給付班 (電話 042-704-8908)】