

# = 記載例 =

## 養育医療給付申請書

※同一医療機関で期間を延長するときのみ「継続」

1 新規

2 継続

医療保険各法の 記号及び番号	記号	〇〇〇	保険者名	〇〇〇〇〇健康保険組合								
	番号	〇〇〇〇〇	保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
お子さんの 氏名等	ふりがな	さがみ はなこ			性別	男 ・ 女						
	氏名	相模 華子			出生時の 体重	1,760 g						
	生年月日	R 〇〇 年 〇 月 〇〇 日			在胎週数	34 週						
	個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
保護者 (申請者)	ふりがな	さがみ いちろう			お子さん との続柄	父						
	氏名	相模 一郎										
	生年月日	H 〇〇 年 〇 月 〇〇 日			電話 番号	Tel : 042 - 769 - 8345 *平日昼間につながる連絡先 *保健師がお子さんのことについて連絡します						
	個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	住所	〒 252 - 5277 相模原市中央区中央2-11-15										
指定養育 医療機関	名称	〇〇病院										
	所在地	〒 252 - 5277 相模原市中央区中央〇-〇〇-〇〇										

各項目必要事項をすべて記入

※個人番号に関することは  
別紙「養育医療費申請の受理に関する  
マイナンバー対応」フローチャートのとおり

別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。

R 〇〇 年 〇 月 〇 日

相模原市長 あて

申請書の提出年月日を記入

市記入欄

来庁者と 申請者の 関係確認	<input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> 保護者の配偶者 <input type="checkbox"/> その他(関係: ) ※保護者本人以外の場合 → <input type="checkbox"/> 保護者との関係確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他( )		
来庁者 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	申請者 番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認も兼ねる)
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 通知カード
	<input type="checkbox"/> 旅券		<input type="checkbox"/> 住民票(番号記載有)
	<input type="checkbox"/> その他写真付証明書( )		<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の資格確認書等		
	<input type="checkbox"/> ( ) 受給者証		
<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード			
<input type="checkbox"/> その他( )			

※写真のない証明書は2点以上の確認が必要