

こども医療費受給者証交付申請書

こども	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号	- -	受給者番号	
	住所	明石市				
こども	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号	- -	受給者番号	
	住所	同上				
こども	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号	- -	受給者番号	
	住所	同上				
こども	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号	- -	受給者番号	
	住所	同上				
保護者(父)	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号	- -	<input type="checkbox"/> データなし <input type="checkbox"/> 同意書依頼済	
	住所	1. こどもと同じ 2. その他 ()				
	2024年1月1日の住民登録地	1. 明石市 2. 明石市外 (都道府県 市区町村)				
保護者(母)	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号	- -	<input type="checkbox"/> データなし <input type="checkbox"/> 同意書依頼済	
	住所	1. こどもと同じ 2. その他 ()				
	2024年1月1日の住民登録地	1. 明石市 2. 明石市外 (都道府県 市区町村)				

加入医療保険	添付の加入健康保険証の写しのとおり (裏面に添付)	※裏面に健康保険証または健康保険資格確認書のコピーを添付してください。マイナ保険証の方は、裏面に健康保険情報を記入してください。
備考欄	<input type="checkbox"/> 旧住所送付希望 ()	

<個人番号について> 本申請書においては個人番号の記載がないことで不利益を受けることはありません。個人番号の記入を希望しない場合は、右の□欄にチェックを入れて、上記の個人番号欄は空白としてかまいません。
 □申請者(保護者)が個人番号の記入を希望しない。

上記のとおりこども医療費受給者証の交付を申請します。
 なお、この事業について明石市が兵庫県からの補助金の交付を受けるにあたり、中学校卒業年度までのこどもが申請対象の場合は必要な所得状況を調査することについて同意します。

年 月 日 申請者 [※] 保護者氏名(父)
 保護者氏名(母)

連絡先 (父) - -
 (母) - -

↑優先する連絡先に☑チェックをいれてください

明石市長様

※こどもが中学校を卒業し、こども本人が生計を維持している場合はこども本人が申請者になります。

事務処理欄	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()	有効期間	R 年 月 日から	受付印	
				R 年 月 日まで		
	届出人確認書類	届出者 1 父 2 母 3 その他 () 確認書類 1 免許 2 個カ 3 その他 ()	<備考>			
	受付	証発行	確認	証交付		
				<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (/)		

健康保険証または健康保険資格確認書が発行されている方
 (申請する子どもの健康保険証または資格確認書のコピーをのりで貼り付けてください)

<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> 子ども① </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> 子ども② </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> 子ども③ </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> 子ども④ </div>

マイナ保険証の方（健康保険証が発行されていない方）
 子どもが加入している健康保険情報についてマイナポータルの健康保険情報画面を参考に記入してください。

記号		番号		資格取得年月日	子ども①	年	月	日
被保険者氏名	父 ・ 母 ・ その他				子ども②	年	月	日
	「その他」を選択された方は以下に被保険者氏名をご記入ください。				子ども③	年	月	日
保険者名称	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> （ ）健康保険組合 <input type="checkbox"/> （ ）共済組合 <input type="checkbox"/> 明石市国保・（ ）国保				子ども④	年	月	日

身分証明書貼り付け欄
 (郵送で申請される場合は、保護者（父または母）の身分証明書のコピーをのりで貼り付けてください)

保護者の身分証明書

保護者が2人の場合、どちらか一方の身分証明書を添付してください。

【身分証明書の例】

- ・運転免許証
 - ・在留カード
 - ・特別永住者証明書
 - ・マイナンバーカード（おもて面のみ）
 - ・身体障害者手帳（顔写真のページ）
 - ・パスポート（顔写真のページ）
- } 裏面に変更の記載がある場合は両面を添付してください

※例に示した書類の添付ができない場合は、児童福祉課にご相談ください。