

小児医療証交付申請書

(あて先) 横須賀市長

受付印

本申請及び神奈川県補助事業の審査等にあたり。必要な個人情報を調査することを承認します。証交付後は保険者と給付調整を行うこと及び加入している健康保険に関する情報を本市が収集し、保険者へ提供することについて同意します。

太わくの中をお書きください

提出日	令和 年 月 日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入(他市などから) <input type="checkbox"/> 転入(国外から) <input type="checkbox"/> その他			
申請者 父・その他	フリガナ 氏名	続柄 父 ()	現住所	横須賀市 町 丁目 番(地) 号		
	生年月日	該当する方		TEL	- -	
	昭・平 年 月 日	米軍人 ・ 米軍属	今年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村		
	個人番号					
申請者 母・その他	フリガナ 氏名	続柄 母 ()	現住所	<input type="checkbox"/> 同上 _____ _____		
	生年月日	該当する方		TEL	- -	
	昭・平 年 月 日	米軍人 ・ 米軍属	今年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村		
	個人番号					
お子さん (3人まで書けます)	フリガナ 氏名	お子さんの健康保険			受給者番号	
	生年月日	保険者名称	<input type="checkbox"/> 横須賀市国民健康保険 (下欄に記入不要です) <input type="checkbox"/> 社会保険・国保組合 → 下欄に記入する → または保険証コピーを添付する		住民日	
	平・令 年 月 日	保険者番号	記号	番号	<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ 令和 年 月 日	
	お子さんの住所	被保険者	父・母・その他 ()		備考	
	父・母と同じ	異なるとき、記入してください 横須賀市 町 丁目 番(地) 号				
	フリガナ 氏名	お子さんの健康保険			受給者番号	
	生年月日	保険者名称	<input type="checkbox"/> 横須賀市国民健康保険 (下欄に記入不要です) <input type="checkbox"/> 社会保険・国保組合 → 下欄に記入する → または保険証コピーを添付する		住民日	
	平・令 年 月 日	保険者番号	記号	番号	<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ 令和 年 月 日	
	お子さんの住所	被保険者	父・母・その他 ()		備考	
	父・母と同じ	異なるとき、記入してください 横須賀市 町 丁目 番(地) 号				
フリガナ 氏名	お子さんの健康保険			受給者番号		
生年月日	保険者名称	<input type="checkbox"/> 横須賀市国民健康保険 (下欄に記入不要です) <input type="checkbox"/> 社会保険・国保組合 → 下欄に記入する → または保険証コピーを添付する		住民日		
平・令 年 月 日	保険者番号	記号	番号	<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ 令和 年 月 日		
お子さんの住所	被保険者	父・母・その他 ()		備考		
父・母と同じ	異なるとき、記入してください 横須賀市 町 丁目 番(地) 号					

事務処理欄

* 窓口で不足案内をしたもの
 ・健康保険証 _____ ・その他 ()
 ・パスポートの提示 父 _____ 母 _____ ・その他 ()
 ・戸籍の附票 父 _____ 母 _____ ・その他 ()
 * 代理人の申請のとき、裏面に代理人住所、氏名等の記入が必要

受付者