

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 未成年の場合 ：父・母	フリガナ 氏名	続柄 ()	現住所 横須賀市	
	生年月日	該当する方 米軍人 ・ 米軍属	1月1日 現在住所	本年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村
	昭・平 年 月 日			前年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村
	TEL			
	個人番号			
	フリガナ 氏名	続柄 ()	現住所 <input type="checkbox"/> 同上	
	生年月日	該当する方 米軍人 ・ 米軍属	1月1日 現在住所	本年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村
	昭・平 年 月 日			前年 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都道府県 _____ 市区町村
	TEL			
	個人番号			
助成対象者 (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	住民日	
	平・令 年 月 日	保険者番号	□ 誕生日と同じ	
	記号	番号	令和 年 月 日	
	備考			
	お子さんの住所	被保険者	父・母・その他()	
	申請者と 同じ・異なる	異なるとき、記入してください 横須賀市		
	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	住民日	
	平・令 年 月 日	保険者番号	□ 誕生日と同じ	
	記号	番号	令和 年 月 日	
	備考			
	お子さんの住所	被保険者	父・母・その他()	
	申請者と 同じ・異なる	異なるとき、記入してください 横須賀市		
	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	住民日	
	平・令 年 月 日	保険者番号	□ 誕生日と同じ	
	記号	番号	令和 年 月 日	
備考				
お子さんの住所	被保険者	父・母・その他()		
申請者と 同じ・異なる	異なるとき、記入してください 横須賀市			

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 ()
-------	--

受付者