

小児医療費助成事業医療証交付申請書

(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			
申請者が 未成年の場合： ：父・本人 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		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外	<input type="checkbox"/> 都道府県	<input type="checkbox"/> 市区町村
	昭・平 年 月 日	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	都道府県	市区町村
	TEL - -		前年			
	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		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外	<input type="checkbox"/> 都道府県	<input type="checkbox"/> 市区町村
	昭・平 年 月 日	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	都道府県	市区町村
	TEL - -		前年			
	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"/> 下欄に記入(→ <input type="checkbox"/> 保険情報確認済み) <input type="checkbox"/> 保険証又は資格確認書のコピーを添付 <input type="checkbox"/> 市による情報照会を希望		住民日
平・令 年 月 日		保険者番号			<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ	
お子さんの住所		記号	番号	令和 年 月 日		
申請者と 同じ・異なる		被保険者	父・母・その他()		備考	
		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	<input type="checkbox"/> 下欄に記入(→ <input type="checkbox"/> 保険情報確認済み) <input type="checkbox"/> 保険証又は資格確認書のコピーを添付 <input type="checkbox"/> 市による情報照会を希望		住民日	
平・令 年 月 日		保険者番号			<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ	
お子さんの住所		記号	番号	令和 年 月 日		
申請者と 同じ・異なる		被保険者	父・母・その他()		備考	
		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	<input type="checkbox"/> 下欄に記入(→ <input type="checkbox"/> 保険情報確認済み) <input type="checkbox"/> 保険証又は資格確認書のコピーを添付 <input type="checkbox"/> 市による情報照会を希望		住民日		
平・令 年 月 日	保険者番号			<input type="checkbox"/> 誕生日と同じ		
お子さんの住所	記号	番号	令和 年 月 日			
申請者と 同じ・異なる	被保険者	父・母・その他()		備考		
	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 ・健康保険証又は資格確認書 ・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
