児手						完 · 增
保	•	振	•	確	申	未

子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長あて

☆児童の健康保険の加入内容 がわかるもののコピーが必要 です(裏面参照)

	住所									
	フリガナ									
申請者	氏名									
(被保険者)	生年月日	昭	和 •	平成	• 西	暦	白	Ξ.	月	日
	個人番号									
	電話番号									

	住所	1. 申請者と同じ 2. その他()
	フリガナ		
養育者 (申請者 <i>の</i>	氏名		
配偶者)	生年月日	昭和 ・ 平成 ・西暦 年 月	田
	個人番号 (マイナンバー)		
	児童との続柄	父 ・ 母 ・ その他()

下記のとおり医療証の交付を申請します。なお、私及び養育者は、「吹田市個人番号の利用等に関する条例」第3条に基づき、市職員が地方税関係情報について取得、又は所得状況の調査をすることに同意します。

申 請	理由	1. 出生 2. 転入 3. 医療	保険加入 4.生活	5保護廃	止 5. ひ	とり親	医療廃止 6.	その他	1 ()		
	住所	1. 申請者と同じ 2. その他()	受給	者番号	※職員	記入欄			
	フリガナ					性別	男·女							
	氏名					12.01	1.子	医療	証資格耳	负得日	平成 令和	年	月	目
	生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦	年	月	日	続柄	2. その他 ()	保	·険加入	П	平成	年	月	日
	住所	1. 申請者と同じ			I			受給	者番号	※職員	記入欄			
	フリガナ	2. その他(Ī)							
児童	氏名					性別	男 · 女 1.子	医療	証資格耳	 负得日	平成	年	月	B
						続柄	2. その他	10	I ₽⇔+n 1	п	平成	年	п	П
	生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦	年	月	目		()		操加入		令和	干	月	Ħ
	住所	1. 申請者と同じ 2. その他()	受給	者番号	※職員	記入欄			
	フリガナ	2. 00月世(Mr Dil) H 4-							
	氏名					性別	男 · 女 1.子	医療	証資格耳	 反得日	平成 令和	年	月	B
						続柄	2. その他	保険加入日		п	平成	年	月	日
	生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦	年	月	日		()	1*	映加入	. 🗸	令和	平	Я	П
	保険種別	1. 国民健康保険→(吹日	日市・吹田市以外)	2. 健康	保険組合	3. 全国	国健康保険協会	4. 共	斉組合	5. そ	の他()	
加 入 医療保険	記号 番号					保	険者番号							
	名 称	全国健康保険協会	•					l			健康保険 共済組合 支部	組合		
※備考											,	※職員言	己入欄	
不順方												ナポータ 取得日確		

		合計所得金額	扶養控除					
受給者								
諸控除	医	/小	/	()			

案内	不足書類	受付	入力
НР	保・同 (期限 /)		□情報連携要 □即日入力済

郵送で申請される方は、児童の健康保険の加入内容がわかるもの (以下のいずれか1点) のコピーを同封してください。

- ① 資格確認書
- ② 資格情報のお知らせ
- ③ マイナポータル上の資格情報画面(※)

※氏名、記号・番号、資格取得年月日、保険者名、保険者番号が表示されている部分。

(市役所の窓口で申請されるときは、こちらでコピーをさせていただきますので、 上記書類の原本をお持ちください。)

記入例

子ども医療証交付申請書

吹田市長あて

☆児童の健康保険の加入内容 がわかるもののコピーが必要 です(裏面参照)

	住所	吹田市泉町1-3-40
	フリガナ	スイタ タロウ
申請者 (被保険者)	氏名	吹田 太郎
	生年月日	(昭和)・平成 ·西暦 60 年 4 月 1 日
	個人番号 (マイナンバー)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	電話番号	6384-1231

年 月

	住所	1. 2.その	清者と同 D他(ii i)
養育者 (申請者の	フリガナ					ス	イタ	ハナ					
	氏名		_			吹	田	花	子				
配偶者)	生年月日		昭和)• 平	成	·西暦	¥	60) :	年 8	月	1	日
	個人番号 (マイナンバー)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	児童との続柄		3	٠ خ	B	その)他(•		•)	

下記のとおり医療証の交付を申請します。なお、私及び養育者は、「吹田市個人番号の利用等に関する条例」第3条に基づき、市職員が地方税関係情報について取得、又は所得状況を調査することに同意します。

申請	理由	1.出生 2年入 3.医療保険加入	、 4.生活保護廃止	5.ひとり親医療廃止	6.その他()		
	住所	申請者と同じ		受給者番号 ※職員訂	己入欄			
	フリガナ	2.その他(スイタ イチロウ						
	氏名	吹田 一郎	性別 男 女	医療証資格取得日	平成 年 月 分和	B		
	生年月日	(平成)・令和・西暦 20 年 6 月 15 日	続柄 2.その他 ()	保険加入日	平成 年 月	B		
	住所	1)申請者と同じ 2.その他()	受給者番号 ※職員言	己 入欄			
1	フリガナ	スイタ ツギコ	性別男女					
児童	氏名	吹田 次子	D₹	医療証資格取得日	平成 年 令和	Ħ		
	生年月日	平成 令和・西暦 23 年 2 月 10 日	続柄 2.その他 ()	保険加入日	平成 年 月	Ħ		
	住所	1.申請者と同じ	受給者番号 ※職員記入欄					
	フリガナ		.					
	氏名	吹田 三郎	性別 (男) 女	医療証資格取得日	平成 年 月 分和	B		
	生年月日	マ成)令和・西暦 28 年 10 月 5 日	続柄 2.その他	保険加入日	平成年月	B		
	保険種別	1 国民健康保険→(吹田市・吹田市以外) 2 健康(I R険協会 4 共済組合	5 その他()		
加 入 医療保険	記号 番号	123456 78	保険者番号	12	70016			
	名 称 (全国健康保険協会	大阪	(健康保険組合			
※備考					マイナポータル			

申請に必要なもの

- 1. 子ども医療証交付申請書
- 2. 児童の健康保険の加入内容がわかるもの(以下のいずれか1点)のコピー
 ① 資格確認書 ② 資格情報のお知らせ ③ マイナポータル上の資格情報画面(※)
 ※氏名、記号・番号、資格取得年月日、保険者名、保険者番号が表示されている部分。
 (申請時に上記書類がお手元にない場合は、先に申請書だけ提出していただき、コピーを提出していた
 だくことも可能です。)
- 3. 児童の被保険者の前年中の課税(所得)証明書(申請日が1月から6月のときは前々年中のもの) 又は「同意書」(吹田市で課税対象になっている場合は提出の必要はありません)
- 4. その他(申立書が必要な場合があります。)
- ※ <u>出生日(転入日等)から3か月以内に申請してください。</u>3か月を過ぎてから 申請をされた場合、申請月の1日からの資格となりますので、速やかに申請 手続きを行ってください。

申請年月日を記入してください。

ただし、郵送される場合は到着日が申請日になります。

(郵送事故については吹田市では責任を負いかねます。ご了承のうえ送付してください。)

【申請者】

国民健康保険加入・・・ 児童と同じ保険に加入されている父または母 その他の健康保険加入・・・児童が加入されている健康保険の被保険者・世帯主名

※個人番号欄にはマイナンバーをご記入ください。わからない場合は空けておいてください。

申請者が父の場合は母、母の場合は父を記入してください。

児童の住所、氏名、生年月日等について記入してください。 黒の網掛け部分には記入しないでください。

児童の健康保険がわかる書類を見て記入してください。 分かりにくい場合は、記入せずに空けておいていただいて結構です。

> 送付先・お問合せ先 電話 06-6384-1231(代表) 06-6384-1470(直通) 〒564-8550 吹田市泉町1-3-40 吹田市役所 子育て給付課