

令和 年 月 日

☆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）

申請者 (被保険者)	住所												
	フリガナ												
	氏名												
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 西暦 年 月 日											
	個人番号 (マイナンバー)												
	電話番号												

養育者 (申請者の 配偶者)	住所	1. 申請者と同じ 2. その他 ()										
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 西暦 年 月 日										
	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. 生活保護廃止 5. ひとり親医療廃止 6. その他（ ）																	
児童	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																		
	氏名								性別		男 ・ 女		医療証資格取得日		平成 令和	年	月	日	
	生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦 年 月 日							続柄		1. 子 2. その他 ()		保険加入日		平成 令和	年	月	日	
	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																		
	氏名								性別		男 ・ 女		医療証資格取得日		平成 令和	年	月	日	
	生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦 年 月 日							続柄		1. 子 2. その他 ()		保険加入日		平成 令和	年	月	日	
	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																		
	氏名								性別		男 ・ 女		医療証資格取得日		平成 令和	年	月	日	
	生年月日	平成 ・ 令和 ・ 西暦 年 月 日							続柄		1. 子 2. その他 ()		保険加入日		平成 令和	年	月	日	
加 入 医療保険	保険種別	1. 国民健康保険→（吹田市・吹田市以外） 2. 健康保険組合 3. 全国健康保険協会 4. 共済組合 5. その他（ ）																	
	記号	番号						保険者番号											
	名	称	全国健康保険協会														健康保険組合 共済組合 支部		
※備考																			

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
H P	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

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）

申請者 (被保険者)	住所	吹田市泉町1-3-40											
	フリガナ	スイタ タロウ											
	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												

養育者 (申請者の 配偶者)	住所	1.申請者と同じ 2.その他()											
	フリガナ	スイタ ハナコ											
	氏名	吹田 花子											
	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	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、又は所得状況調査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.生活保護廃止 5.ひとり親医療廃止 6.その他()												
児 童	住所	1.申請者と同じ 2.その他()												
	フリガナ	スイタ イチロウ												
	氏名	吹田 一郎												
	生年月日	平成・令和・西暦 20 年 6 月 15 日												
	住所	1.申請者と同じ 2.その他()												
	フリガナ	スイタ ツギコ												
	氏名	吹田 次子												
	生年月日	平成・令和・西暦 23 年 2 月 10 日												
	住所	1.申請者と同じ 2.その他()												
フリガナ	スイタ サブローウ													
氏名	吹田 三郎													
生年月日	平成・令和・西暦 26 年 10 月 5 日													
加 入 医 療 保 険	保険種別	1 国民健康保険一(吹田市・吹田市以外) 2 健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 その他()												
	記号	番号	123456 78 保険者番号 1270016											
	名 称	全国健康保険協会 大阪 健康保険組合 共済組合 支部												
※備考														
	マイナポータル ☐													

申請に必要なもの

- 子ども医療証交付申請書
- 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らない場合は、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。)
- 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)
- その他(申立書が必要な場合があります。)

※ 誕生日(転入日等)から3か月以内に申請してください。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も結構です。

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