

児手		完・増・未	府内転入
所・保・振・住			

子ども医療証交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長あて

☆児童の健康保険証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 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 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 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 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 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 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
HP	保・同 (期限 /)		<input type="checkbox"/> 情報連携要 <input type="checkbox"/> 即日入力済

記入例

子ども医療証交付申請書

年 月 日

吹田市長あて

☆児童の健康保険証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
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
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、又は所得状況を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(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	健康保険組合 大阪 支部										
※備考												

申請に必要なもの

- 子ども医療証交付申請書
- 児童の氏名が記載された健康保険証のコピー(氏名の見える面)
(持参される場合は、こちらでコピーを取らせていただきます。)
※申請時に保険証がお手元がない場合は、先に申請書だけ提出していただき、後日保険証の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、早め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・・・児童の氏名が記載されている健康保険証の被保険者
(保険証の表紙に記載されている人)

※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。

児童の保険証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