

小児医療証交付申請書（兼同意書）小児医療対象者異動等届出書

（申請先・届出先・同意先）

横浜市長

年 月 日

次のとおり申請（届出）します。なお、本制度を利用する間、県への補助金申請のため、申請者及び配偶者の所得状況
 その他必要な情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む）により横浜市が確認することに同意します。

マイナンバー制度による情報連携により横浜市が確認することに同意しません。

| | | | |
|--------------|----|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| | | 申請者（保護者） | |
| 氏名 | | 保護者（所得が高い方） | 配偶者 |
| | | 刀ガナ | 刀ガナ |
| 生年月日 | | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 現住所 | | <input type="checkbox"/> 対象小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所 | <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所 |
| 電話番号 | | 日中の連絡先 () | 日中の連絡先 () |
| 1月1日の 住所地 | 本年 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】 |
| | 前年 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】 | <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】 |
| 個人番号 | | | |

| | | | |
|------------------|--|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 対象小児（今回申請する小児のみ） | | | |
| 受給者番号 | | 資格取得日 年 月 日 | |
| 氏名 | | 刀ガナ | 性別 男・女 |
| | | | 生年月日 年 月 日 |
| 現住所 | | 保護者との続柄 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 () | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--------|-------|-------|
| 対象小児の加入保険情報 | | 保険者番号 | 保険加入日 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり | | 被保険者氏名 | | |
| <input type="checkbox"/> 記入のとおり | | | | |

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 資格取得101 | 理由： <input type="checkbox"/> 市外転入01 <input type="checkbox"/> 出生・制度該当03 <input type="checkbox"/> 生保廃止05 <input type="checkbox"/> 他制度非該当06 <input type="checkbox"/> その他08 () <input type="checkbox"/> 区間転入02 (区から転入) |
| <input type="checkbox"/> 区内転居401 | 今までの住所 横浜市 区 |
| <input type="checkbox"/> 氏名変更401 | 今までの氏名 |
| <input type="checkbox"/> 保護者変更402 | 変更日 年 月 日 理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 () 今までの保護者氏名 |
| <input type="checkbox"/> 加入保険変更402 | <input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり 保険者番号 年 月 日 <input type="checkbox"/> 記入のとおり 被保険者氏名 |
| <input type="checkbox"/> 資格喪失102 | 変更日 年 月 日 理由 <input type="checkbox"/> 11市外転出 <input type="checkbox"/> 13死亡 <input type="checkbox"/> 15生活保護開始 <input type="checkbox"/> 16他制度該当 () <input type="checkbox"/> 18その他 () 転出先の住所 |
| <input type="checkbox"/> 再交付501 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 () |

【備考欄】

| | | | | | | |
|-------------|--------|-------|--------|-------------|-------------------------|-----|
| 処 理 欄 | 証交付年月日 | 年 月 日 | 証回収年月日 | 年 月 日 | 2.未回収 3.紛失 4.破損 5.未着 | 区受付 |
| | 課長 | 係長 | 係員 | 起案 年 月 日 | 不交付 | 住記 |
| | | | | 決裁 年 月 日 | 保険 | 確認 |
| | 入力 | 年 月 日 | 確認 | 年 月 日 | | |