

小児医療証交付申請書

(あて先) 藤沢市長

申請者及び配偶者はこの事業に関し必要な、健康保険情報及び住民記録情報、税情報その他受給可否等に必要の情報(マイナンバー制度による情報連携を含む)について、この制度を利用する間、市長が利用することに同意し、次のとおり申請します。

お子さま二人分の記入ができます。太枠内をご記入ください。

申請日 年 月 日

1 申請者 (主たる生計者)	フリガナ		性 別		生年月日	年	月	日
	氏 名							
	住 所							
	電話番号		マイナンバー					
2 配偶者	配偶者 (有・無) ※配偶者有の場合は「2 配偶者欄」も記入							
	フリガナ		性 別		生年月日	年	月	日
	氏 名							
	住 所							
	電話番号		マイナンバー					
3 対象者 (子)		①			②			
	フリガナ							
	氏 名							
	マイナンバー							
	生年月日	年	月	日	年	月	日	
	住 所							
4 健康 保 険	マイナンバー保険証の利用登録		☐ している(国保・社保・共済・船員) ☐ していない					
	被保険者名				子からみた続柄			
	記号・番号・枝番	記号	番号		枝番			
	保険者番号			保 険 者 名				
5 申請事由		☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 保険加入 ☐ 生活保護廃止 ☐ 他制度非該当 ☐ その他()			年 月 日			
年 齢 所 得 確 認 マ イ ナ ン バ ー 本 人 確 認 健 康 保 険	① 年度所得 / 歳		② 年度所得 / 歳					
	所得 確認	☐ 公簿 ☐ マイナンバー ☐ その他()			所得 確認	☐ 公簿 ☐ マイナンバー ☐ その他()		
	マイナ ンバー	☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票(マイナンバー記載) ☐ なし						
	本人 確認	来庁者	☐ 申請者 ☐ 配偶者	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他()	☐ パスポート			
	健康 保険	☐ 健康保険証 ☐ 健康保険資格取得証明書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 資格確認書 ☐ マイナポータル の P D F ☐ 情報連携						
資 格 取 得 日	① 年 月 日			② 年 月 日				
受 給 者 番 号	① / 却下			② / 却下				
☐ 不備通知(保険証・[父 / 母] 同意書)案内済 ☐ 児童手当 申請済 ☐ 額改定 ☐ 福祉窓口小児医療証発行済 ☐ 児童扶養手当 該当・非該当				受付	入力	発行	審査	
備考								