

乳幼児医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

様式第1号・様式第7号(第5条・第10条関係)

義務教育就学児医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

様式第1号・様式第7号(第8条・第13条関係)

高校生等医療費助成制度医療証交付申請書(兼現況届)

様式第1号・様式第7号(第8条・第13条関係)

当てはまる申請にチェックしてください。

◎太枠内を記入してください。

申請日 ○年○月○日

① 申請者	個人番号	父母共に所得のある場合、申請者は 所得の高いほうの方 となります ※個人番号欄は記入不要です							
	(ふりがな)	ひがしくめ いちろう							
	氏名	東久留米 一郎	昭和50年 1月 1日						
	住所	東久留米市 本町3-3-1	保護者(申請者)の住所 本年 ①市内 2.市外(都道府県 市区町村) 前年 ①市内 2.市外(○○ 都道府県 ○○ 市区町村)						
日中連絡先	042 (420) 7736								
② 配偶者	個人番号								
	(ふりがな)	ひがしくめ くめこ							
	氏名	東久留米 久米子	平成3年 1月 1日						
住所	①上記申請者に同じ 2.別居 (住所:)	1月1日時点の住所 本年 ①市内 2.市外(都道府県 市区町村) 前年 ①市内 2.市外(都道府県 市区町村)	対象児童が申請者自身の子で 生計を同じくしていれば「同一」に○						
③ 助成対象児童	#	氏名	続柄	生年月日	居住	監護	生計	その他 ※別居の場合住所を記入	
	18歳までの児童	東久留米 寿子	①子 2.その他 ()	令和3年 1月 1日	同居 別居 同居	有 無 有	可 維持 同一	申請者と別居の場合のみ、 児童の住所地を記載	
			1.子 2.その他 ()	年 月 日				対象児童を養育していれば「有」に○	
			1.子 2.その他 ()	年 月 日					
④ 加入保険	記号番号	記号	番号	年月日	年月日				
	被保険者等	①上記申請者に同じ 2.配偶者 3.その他(氏名:)			対象児童の保険証(※)が	年月日			
	保険の種類	1. 保険証・資格確認書の場合 2. 国保組合 3. 写しを提出してください。		マイナ保険証である場合 5. 健保組合 裏面をご覧ください。					
東久留米市長 殿				(※) 出生の場合、対象乳幼児が加入予定の保護者の健康保険情報で可					
<input checked="" type="checkbox"/> 医療証の交付及び更新に係る審査のため、申請者、配偶者及び児童の住民基本台帳情報や所得情報等の公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)の確認を行うことに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 申請した事項に変更が生じた場合は速やかに届出を行います。									
本申請の内容に相違ありません。				左記の文章をご一読いただき、申請日・氏名を必ずご記入ください。					
				○年○月○日					
				申請者 氏名 東久留米 一郎					

年度所得額

円

扶養人数
所得制限限度額

人

円

乳 子 青

□配偶者所得確認済

控除後の所得額

円

都 市

受付	入力	確認
／郵送		

マイナ保険証の方へ 保険コピーの取り方

対象児童のマイナポータルにログインし、
右の「健康保険証」画面①～⑤が確認できる
画面の写しをA4サイズの紙に印刷し、
申請書に同封してください。

その他ご不明点がございましたら、
下記へお問い合わせください。

■お問い合わせ先

東久留米市子ども家庭部
児童青少年課助成支援係
電話:042-470-7736(直通)

