

子ども医療証交付申請書

文京区長 殿

以下のとおり子ども医療証の交付を申請します。

また、医療証の有効期間中、公簿等により、健康保険等加入状況について確認を行うことに同意します。

申請日 年 月 日		※太枠の中のみご記入ください※	
申請者	フリガナ	生年月日	配偶者の有無
	氏名	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住所	受給世帯番号	
自宅電話番号 - - 携帯電話 - -		住民年月日・住基個人番号	
		年 月 日	

1 8 歳 の 年 度 末 前 の 子 ど も (年 長 順)	フリガナ	生年月日	続柄	居住関係	健康保険等加入状況	資格開始日
	氏名					受給個人番号
	個人番号(マイナンバー)					
1		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 文京区国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合・健保組合等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給・未加入	
2		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 文京区国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合・健保組合等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給・未加入	
3		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 文京区国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合・健保組合等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給・未加入	
4		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 文京区国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合・健保組合等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給・未加入	
5		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 文京区国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合・健保組合等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給・未加入	
6		年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 文京区国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合・健保組合等 <input type="checkbox"/> 生活保護受給・未加入	

別居の場合の子どもの住所

文京区 連絡先 - -

以下は、児童手当の認定請求書の提出状況に関してチェックをつけてください。

- 「子ども医療証交付申請書」と同時に認定請求
- すでに児童手当の認定請求書提出済み
- 後日児童手当の認定請求書を提出予定
- 申請しない(公務員 / 保護者が区外)

子どもの健康保険情報がわかるものの貼り付け欄

<処理欄>

児童手当	【窓口受付】
	<input type="checkbox"/> 新規申請(する・しない) <input type="checkbox"/> 額改定申請(する・しない) 児手認定番号 (400)
発送	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 保護者区外在住 <input type="checkbox"/> 提出済み