

お子さまが加入している健康保険の資格がわかる書類（資格確認書、資格情報のお知らせ等）の写しを添付してください。※お子さまが加入される予定のものでも構いません

国保申請中

受付印

乳幼児・子ども・高校生等医療証（新規・増人・保護者変更）交付申請書

新宿区長宛て

申請者	フリガナ	生年月日		配偶者の有無	(店番号: ) 銀行 信用金庫 信用組合 支店出張所											
	氏名	年 月 日		有 無												
	住所	新宿区 電話 ( )			振込先	預金種別	普通	口座番号 (右詰り)								
フリガナ	生年月日		同居別居	口座名義 ※カナで記入												
配偶者	氏名	年 月 日		同居 国内別居 国外別居	※口座名義は、金融機関で登録しているとおり、はっきりと書いてください。											
子どもの加入している健康保険	フリガナ	子どもの続柄	保険の種類		被保険者の勤務先名称				8 8 1 3							
	被保険者氏名		1 国民健康保険 2 健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 国保組合 6 その他						8 9 1 3							
家族欄 (18歳までの子ども)	フリガナ		続柄	生年月日	同居別居	個人番号										
	氏名			年 月 日	同居 別居					受給中 対象	資格取得日	. .				
				年 月 日	同居 別居					受給中 対象	資格取得日	. .				
				年 月 日	同居 別居					受給中 対象	資格取得日	. .				
				年 月 日	同居 別居					受給中 対象	資格取得日	. .				
子ども医療費助成制度の医療証の交付を申請します。なお、この制度の資格審査及び毎年更新時の審査・認定に当たり、区が保有する住民基本台帳等の公簿(個人番号の利用を含む。)により確認することに同意します。また、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行います。										その他メモ等						
年 月 日 申請者氏名																
認定	年 月 日	保留	年 月 日	証交付	年 月 日					他の手当等	児手 ( 別居 ・ 公務員 ) ひとり親手当案内					
証発行場所	児童育成担当課 ・ 四谷 ・ 笹筒町 ・ 榎町 ・ 若松町 ・ 大久保 ・ 戸塚 ・ 落合第一 ・ 落合第二 ・ 柏木 ・ 角筈										却下	認定番号				