

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

国保申請中

所得超過のため 児童手当請求なし

受付印

新宿区長宛て

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	配偶者の有無	有 無	振込先	(店番号:)													
	氏名								銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	預金種別			普通	口座番号 (右詰め)							
	住所	新宿区							加入している健康保険	1 国民健康保険 4 共済組合 2 健康保険組合 5 国保組合 3 全国健康保険協会 6 その他	口座名義 ※カナで記入											
	電話	()									勤務先名称	※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。										
配偶者	フリガナ			生 年 月 日	同居別居の別																	
	氏名			年 月 日	同居 国内別居 国外別居																	
家族欄 (十八歳の年度末までの児童)	フリガナ	氏 名		続柄	生 年 月 日	同居別居の別																
	氏 名		続柄	生 年 月 日	同居 別居																	
	氏 名		続柄	生 年 月 日	同居 別居																	
	氏 名		続柄	生 年 月 日	同居 別居																	
	氏 名		続柄	生 年 月 日	同居 別居																	
	氏 名		続柄	生 年 月 日	同居 別居																	
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の更新時の審査・認定に当たり、区が保有する住民基本台帳及び課税台帳等の公簿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。 年 月 日 申請者氏名								その他メモ等														
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・所得超過) ひとり親手当案内										
				証発行場所	子ども家庭課・四谷・筆筒・榎・若松・大久保 戸塚・落合第一・落合第二・柏木・角筈						却下											
								認定番号														

対象のお子さまの健康保険証の写し添付欄

(お子さまの健康保険証がお手元がない場合、お子さまが加入される予定の健康保険証と同じ方の健康保険証のコピーでも構いません。)

※灰色部分にのり付けしてください。

※足りない場合は裏面をご使用ください。