

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

国保申請中

受付印

申請者	フリガナ	生 年 月 日		年 月 日		(店番号:)															
	氏 名	配偶者の有無		有 無		銀行 信用金庫 信用組合 支店 出張所															
	住 所	新宿区 電話 ()																			
	加入している健康保険	1 国民健康保険		4 共済組合		振込先 預金種別 普通 口座番号 (右詰め)															
勤務先名称	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																
※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		対象のお子さまの健康保険証等の写し添付欄 (お子さまが加入される予定の健康保険証等の写しでも構いません)															
	氏 名	年 月 日		同居 国内別居 国外別居																	
						8 8 1 3						8 9 1 3									
家族欄18歳未満の子ども	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																	
			年 月 日	同居 別居																	
			年 月 日	同居 別居																	
			年 月 日	同居 別居																	
			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。																					
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	子ども家庭課 ・ 四谷 ・ 笹笥町 ・ 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							

対象のお子さまの健康保険証等の写し添付欄
(お子さまが加入される予定の健康保険証等の写しでも構いません)

※灰色部分にのり付けしてください
※スペースが足りない場合は、裏面に添付ください