

子ども医療費助成受給券交付申請書

記入例

令和7年9月1日

習志野市長 宛て

次のとおり、子どもの医療費助成及び受給券の交付を申請します。

申請者 (保護者)	現住所	鷺沼2-1-1																
	フリガナ	ナラシノ イチロウ					電話番号	090-●●●●-0000										
	氏名	習志野 一郎					(携帯電話など、平日の日中における連絡先)											
	生年月日	平成5年5月5日			個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
1月1日 住所地	今年	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(市区町村名:) <input type="checkbox"/> 海外																
	昨年	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(市区町村名: 沖縄県那覇市) <input type="checkbox"/> 海外																
申請者以外 の保護者	現住所	同上																
	フリガナ	ナラシノ ハナコ					電話番号	080-●●●●-0000										
	氏名	習志野 花子					(携帯電話など、平日の日中における連絡先)											
	生年月日	平成6年3月3日			個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	
1月1日 住所地	今年	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外(市区町村名:) <input type="checkbox"/> 海外																
	昨年	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(市区町村名: 京都府京都市) <input type="checkbox"/> 海外																
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出生		<input type="checkbox"/> 転入			<input type="checkbox"/> 生活保護停止・廃止			<input type="checkbox"/> その他									
申請に係る 子ども①	フリガナ	ナラシノ アカネ					生年月日	平成	令和	7年9月1日		続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外()					
	住所	同上					個人番号	1	1	1	2	2	2	3	3	3	4	4
申請に係る 子ども②	フリガナ						生年月日	平成	令和	年 月 日		続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外()					
	住所						個人番号											
申請に係る 子ども③	フリガナ						生年月日	平成	令和	年 月 日		続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外()					
	住所						個人番号											
加入医療保険	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他																
	保険者名	◎◎◎◎健康保険組合					保険者番号	06612345										
	記号	123			番号	45678			資格取得日	令和7年9月1日								
	被保険者氏名	フリガナ					被保険者生年月日	年 月 日										

同意欄

- 申請の内容の審査に当たり、申請者及び申請者以外の保護者の個人住民税の課税台帳情報を確認することに同意します。
- 助成額の算定に必要な高額療養費及び付加給付金の支給状況等について、市が保険者に照会することに同意します。
- 高額療養費について、習志野市が過払いとなった場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を習志野市に支払います。また、習志野市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該給付金相当額を習志野市に支払います。
- 日本スポーツ振興センターの災害共済給付等の助成は受けておりません。なお、助成を受けた場合は、子どもの医療費分を習志野市に返還します。

申請者

習志野 一郎

印

申請者以外の保護者

習志野 花子

印

※氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

【 本人確認書類 個人番号確認承諾】

受給者番号①	税区分	資格取得事由	住定日	申請者(保護者)	申請者以外の保護者
	超・課・非	H・R . . 出生・県内・県外		S・H・R . .	S・H・R . .
受給者番号②	税区分	資格取得事由	世帯番号		
	超・課・非	H・R . . 出生・県内・県外			
受給者番号③	税区分	資格取得事由			
	超・課・非	H・R . . 出生・県内・県外			

その他の手続状況			
児童手当		ハンドブック	
児童扶養手当		母子手帳	