

見本

父母のうち、主に生計を支えている方(所得が高い方)の情報をご記入ください。

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制度医療証交付申請書兼現況届

①	ふりがな いなぎ なしのすけ	氏名 稲城 梨之助	配偶者の有無 有	ふりがな いなぎ はなみ	氏名 稲城 花実
②	昭和 平成 2年 3月 13日	昭和 平成 4年 5月 31日	③	昭和 平成 4年 5月 31日	④
⑤	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	⑥	同居 別居 (住所)	⑦
⑧	稲城市 東長沼2111番地 イナギマンション232号室 電話 042 (378) 2111	同居 別居 (住所)	⑨	同居 別居 (住所)	⑩
⑪	市内 都道府県 市区	市内 都道府県 市区	⑫	市内 都道府県 市区	⑬
⑭	市内・北海道 都道府県 札幌市手稲区	市内・愛知 都道府県 稲沢市	⑮	市内・愛知 都道府県 稲沢市	⑯
⑰	稲城 東長沼 支店 銀行 信金 農協 信組 9 9 9 9 0 0 1	普通預金 1 2 3 4 5 6 7	⑱	イナギナシノスケ	⑲
⑳	いなぎ なしなろう	稲城 梨太郎	㉑	平成 23年 1月 25日	同居 別居
㉒	いなぎ そらこ	稲城 空子	㉓	平成 5年 8月 13日	同居 別居
㉔			㉕		
㉖			㉗		
㉘			㉙		
㉚	稲城市における児童手当受給状況 (○で囲む)	受給中	㉛	申請中	受給なし(公務員・保護者市外)
㉜	被保険者 記号・番号 1201A 番号 1234	稲城市長 殿	㉝	医療証の交付及び更新に係る審査のため、所得情報その他受給資格に関わる情報及び地方税関係情報について公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)で取得することについて同意します。また、申請した事項に変化が生じた場合は速やかに届出を行います。	㉞
㉟	被保険者等氏名 稲城 梨之助	申請者との続柄 本人	㊱	6年 7月 1日	㊲
㊳	0 1 1 3 0 0 1 2	1 稲城市国民健康保険 又は	㊴	令和 6年 7月 1日	㊵
㊶	1 稲城市国民健康保険 又は	2 () 国民健康保険組合	㊷	令和 6年 7月 1日	㊸
㊹	2 () 健康保険組合	3 全国健康保険協会 (東京) 支部	㊺	令和 6年 7月 1日	㊻
㊼	3 全国健康保険協会 (東京) 支部	4 () 共済組合	㊽	令和 6年 7月 1日	㊾
㊿	4 () 共済組合	5 その他()	㊿	令和 6年 7月 1日	㊿
㊿	5 その他()	保険者所在地 東京都中野区	㊿	令和 6年 7月 1日	㊿
㊿	東京都中野区	申請者氏名 稲城 梨之助	㊿	令和 6年 7月 1日	㊿

配偶者の有無
「有」の場合は
配偶者の情報を
をご記入ください。

申請者または配偶
者の普通預金口座
をご記入ください。

対象児童(高校生
以下)の情報をご記
入ください。
※記入上の注意

「住所」(別居の場合のみ
記入)

「生計関係」
(申請者の子であれば「同
一」を、その他は「維持」
を選択)

「監護の有無」
(面倒を見ていれば「有」
を選択)

児童手当の申請状
況をご記入ください

提出日と
申請者の氏名を
ご記入ください。

「申請者」と「被
保険者」が同一
の場合は「本人」
を選択

ご加入の保険者
名の種類に合わ
せてご記入ください

健康保険
被保険者証 **家族** (被扶養者)

記号 **1201A** 番号 **1234** (枝番)01

氏名 稲城 梨太郎

認定年月日 令和5年4月1日

被保険者名 **稲城 梨之助**

保険者所在地 **東京都中野区**

保険者番号 **01130012**

保険者名称 **全国健康保険組合東京支部**

お子様の保険証の情報をご記入ください。
(出生直後の場合は、加入予定の保護者の保険証)