

記入例

第1号様式

医療証交付申込書兼現狀

高校生等の加入している健康保険証のコピーを「④保険加入状況(子)」に重なるように、貼り付けてください。

受付印

保護者のうち、生計中心者(恒常的に収入の多い方)が申込者となります。※生計中心者が市外在住の場合は、その方の住所・氏名をご記入ください。

申込者名義の口座内容を記入してください。

① 申込者(保護者) 府中市 宮西町2丁目24番地 令和4年1月1日時点の住所(1~5月分は前年1月1日)上記と異なる場合のみ記入してください。 都・道 府・県 区・市 町・村 フチュウ タロウ 府中 太郎 個人番号 (042) 335 - 4100 1977年 1月 1日 性別 男・女 配偶者の有無 有・無		④ 保険加入状況(子) 1 () 国民健康保険(組合) 2 () 健康保険組合 3 全国健康保険協会() 支部 4 () 共済組合 5 その他()		不足書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証(本人・子) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 別居監護の申立書 <input type="checkbox"/> 地方税関係情報取得に係る同意書	
② 支払 〇〇〇〇銀行 〇〇〇〇支店 ①普通 2当座 口座番号 口座名義(カタカナ) 1234567 フチュウ タロウ		⑤ 配偶者 フリガナ フチュウ ハナコ 氏名 府中 花子 生年月日 1977年 4月 1日 職業 2 公務員以外なし 住所 フリガナ フチュウ ハナコ 氏名 府中 花子 生年月日 1977年 4月 1日 職業 2 公務員以外なし		申請事由 <input type="checkbox"/> 出生 第 子: 税扶養(父・母) <input type="checkbox"/> 転入 / より転入	
③ 養育する18歳未満のすべての児童		⑥ 養育する18歳未満のすべての児童		申請事由	
フリガナ氏名 続柄 性別 生年月日 監護の有無 生計関係 同居別居の別 別居の場合の住所 他医療助成の有無 他医療助成の内容 個人番号 受給者番号 取得日 交付日		フリガナ氏名 続柄 性別 生年月日 監護の有無 生計関係 同居別居の別 別居の場合の住所 他医療助成の有無 他医療助成の内容 個人番号 受給者番号 取得日 交付日		フリガナ氏名 続柄 性別 生年月日 監護の有無 生計関係 同居別居の別 別居の場合の住所 他医療助成の有無 他医療助成の内容 個人番号 受給者番号 取得日 交付日	
フチュウ イチロウ 府中 一郎 子以外() 2女 2006年 4月 2日 1有 1同 1同居 1有 2無 2維持 2別居 電話() - 1有 2無 1		フチュウ イチロウ 府中 一郎 子以外() 2女 2006年 4月 2日 1有 1同 1同居 1有 2無 2維持 2別居 電話() - 1有 2無 1		フチュウ イチロウ 府中 一郎 子以外() 2女 2006年 4月 2日 1有 1同 1同居 1有 2無 2維持 2別居 電話() - 1有 2無 1	
⑦ 申請日と申込者氏名を記入してください。 府中市長 2022年 12月 日 申込者氏名 府中 太郎		⑧ 備考欄 旧受給者の消滅・減額届(有・無) 氏名 生年月日		認定番号 来庁者 身元確認書類 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード 受付者 個人番号 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	

令和4年1月1日時点の住所が府中市外の場合は、必ず令和4年1月1日時点の住所を記入してください。
また、その場合は令和4年1月1日時点の居住自治体に所得情報を確認するため、申込者のマイナンバーを使用して情報連携を実施しますので、ご承知のほどよろしくお願い致します。

申込者の配偶者(妻もしくは夫)について、氏名、住所等を記入してください。該当しない場合は空欄のまま構いません。

日常において高校生等を監督・保護している場合は「有」に○をつけてください。

高校生等と生計が同じである場合は「同一」に○をつけてください。

すでに他の制度(マル障等)にて受給している医療費助成がある場合は「有」に○をつけて、名称を記入してください。

※太枠の中だけ記入・押印してください。字はかい書ではっきり書いてください。

※申込者(保護者)の令和4年1月1日時点の住所が府中市外の場合、この記入例裏面にある「地方税関係情報取得に係る同意書」を必ずご記入いただき、申込書と一緒にご返送ください。ご返送がないと医療証の交付ができませんので、ご了承いただきますようお願いいたします。

裏面もあります

