

小児医療証交付申請書（兼同意書）小児医療対象者異動等届出書

（申請先・届出先・同意先）

横浜市長

年 月 日

次のとおり申請（届出）します。なお、本制度を利用する間、県への補助金申請のため、申請者及び配偶者の所得状況その他必要な情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む）により横浜市が確認することに同意します。

マイナンバー制度による情報連携により横浜市が確認することに同意しません。

		申請者（保護者）	
氏名		保護者（所得が高い方）	配偶者
		刀ガナ	刀ガナ
生年月日		年 月 日	年 月 日
現住所		<input type="checkbox"/> 対象小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所
電話番号		日中の連絡先 ()	日中の連絡先 ()
1月1日の 住所地	本年	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】
	前年	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】
個人番号			

対象小児（今回申請する小児のみ）			
受給者番号		資格取得日 年 月 日	
氏名		性別	生年月日
		男・女	年 月 日
現住所		保護者との続柄 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	

対象小児の加入保険情報		保険者番号	保険加入日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり		被保険者氏名		
<input type="checkbox"/> 記入のとおり				

<input type="checkbox"/> 資格取得101	理由： <input type="checkbox"/> 市外転入01 <input type="checkbox"/> 出生・制度該当03 <input type="checkbox"/> 生保廃止05 <input type="checkbox"/> 他制度非該当06 <input type="checkbox"/> その他08 () <input type="checkbox"/> 区間転入02 (区から転入)
<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所 横浜市 区
<input type="checkbox"/> 氏名変更401	今までの氏名
<input type="checkbox"/> 保護者変更402	変更日 年 月 日
	理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 加入保険変更402	<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり
<input type="checkbox"/> 資格喪失102	変更日 年 月 日
	理由 <input type="checkbox"/> 11市外転出 <input type="checkbox"/> 13死亡 <input type="checkbox"/> 15生活保護開始 <input type="checkbox"/> 16他制度該当 () <input type="checkbox"/> 18その他 ()
	転出先の住所
<input type="checkbox"/> 再交付501	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 ()

【備考欄】

処 理 欄	証交付年月日	年 月 日	証回収年月日	年 月 日	2.未回収 3.紛失 4.破損 5.未着	区受付
	課長	係長	係員	不交付	住記	保険
	起案			年 月 日	確認	
	決裁			年 月 日		
入力	年 月 日			確認	年 月 日	

再交付の場合の申請記載例

(同意書) 小児医療対象者異動等届出書

(申請先・届出先・同意先)

令和5年 8月 1日

横浜市

【保護者(所得が高い方)】欄
お子様を監護し、その生計を同じくしている方です。
※ご両親ともに所得がある場合は、所得が高い方を申請者としてください。横浜市内に住民登録がない方でも所得の高い方が申請者となります。
氏名をご記入ください。

【配偶者】欄
配偶者の方がいらっしゃる場合、
配偶者の方の所得金額の調査も必要となります。配偶者の方の氏名をご記入ください。

配偶者の所得状況
と同意します。

氏名	保護者(所得が高い方) フリガナ ヨコハマ タロウ 横浜 太郎	配偶者 フリガナ ヨコハマ ハナコ 横浜 花子
生年月日	年 月 日	年 月 日
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所
電話番号	日中の連絡先 080-0000-△△△△	日中の連絡先 080-0000-△△△△
1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】
受給者番号・お子さまの氏名等をご記入ください。 ※受給者番号が不明の場合は空欄にしてください。		

対象小児(今回申請する小児のみ)							資格取得日	
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	年 月 日
氏名	フリガナ ヨコハマ ミナト 横浜 みなと						性別	生年月日
現住所	横浜市中区本町6-50-10						<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	令和2年 4月 1日
対象小児の加入保険情報	保険者番号	被保険者氏名					保険加入日	年 月 日
<input checked="" type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり								
<input type="checkbox"/> 記入のとおり								

<input type="checkbox"/> 資格取得101	理由:	<input type="checkbox"/> 市外転入01	<input type="checkbox"/> 出生・制度該当03	<input type="checkbox"/> 生保廃止05	<input type="checkbox"/> 他制度非該当06	
<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所	横浜市 区				
<input type="checkbox"/> 氏名変更401	今までの氏名					
<input type="checkbox"/> 保護者変更402	変更日: 年 月 日	今までの保護者氏名				
	理由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> 加入保険変更402	<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり	保険者番号	被保険者氏名		保険加入日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり					
<input type="checkbox"/> 資格喪失102	変更日: 年 月 日	理由: <input type="checkbox"/> 11市外転出 <input type="checkbox"/> 13死亡 <input type="checkbox"/> 15生活保護開始 <input type="checkbox"/> 16他制度該当() <input type="checkbox"/> 18その他()				
	転出先の住所					
<input checked="" type="checkbox"/> 再交付501	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損・破損	<input type="checkbox"/> 未着	<input type="checkbox"/> その他()		

【備考欄】

再交付の項目及び該当する理由の項目に
チェックをしてください。
その他の場合は理由をご記入ください。

処理欄	課長	係長	係員	証回収年月日	年 月 日	2.未回収	3.紛失	区受付
				起案	年 月 日	4.破損	5.未着	
				決裁	年 月 日	保険	確認	
	入力	年 月 日	確認	年 月 日				