

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

0歳

1歳以上

（申請先・届出先・同意先）

横浜市長

令和 年 月 日

次のとおり申請（届出）します。

- ・対象となる小児が18歳以上で、本人以外が申請する場合、私（小児本人）は、申請者に小児医療費の交付申請に関する一切の権限を委任します。
- ・対象となる小児が18歳未満かつ社会保険上の扶養外の場合、親権者（法定代理人）は、小児本人が、小児医療費の支給申請に関する一切の権限を行使することに同意します。
- ・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。

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

対象小児（今回申請する小児のみ）

氏名	フリガナ		性別	生年月日	
			男・女	平成 令和	年 月 日
現住所	横浜市			保護者との続柄	
				<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
小児の 加入保険情報	<input type="checkbox"/> 添付のとおり	保険者番号		資格取得日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり	被保険者氏名			

申請者（保護者）

氏名	保護者（所得が高い方）			配偶者		
	フリガナ			フリガナ		
日中の連絡先（TEL）	（ ）			（ ）		
生年月日	昭和・平成 年 月 日			昭和・平成 年 月 日		
現住所	<input type="checkbox"/> 小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所【 】			<input type="checkbox"/> 小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所【 】		
	1月1日 の住所地	本年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】	
前年		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】		
個人番号						

<input type="checkbox"/> 資格取得101	資格取得日	令和 年 月 日
	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）

変更	<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所		
	<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	令和 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"/> 添付のとおり	保険者番号		
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり	被保険者氏名		

<input type="checkbox"/> 資格喪失102	喪失日	令和 年 月 日
	理由	<input type="checkbox"/> 市外転出11（ ） <input type="checkbox"/> 死亡13 <input type="checkbox"/> 生活保護開始15 <input type="checkbox"/> 他制度該当16（ ） <input type="checkbox"/> その他18（ ）

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

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

□ 0歳

□ 1歳以上

（申請先・届出先・同意先）

横浜市長

令和8年6月1日

次のとおり申請（届出）します。

- ・対象となる小児が18歳以上で、本人以外が申請する場合、私（小児本人）は、申請者に小児医療費の交付申請に関する一切の権限を委任します。
- ・対象となる小児が18歳未満かつ社会保険上の扶養外の場合、親権者（法定代理人）は、小児本人が、小児医療費の支給申請に関する一切の権限を行使することに同意します。
- ・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。

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

対象小児（今回申請する小児のみ）

氏名	フリガナ ヨコハマ ミナト	性別	生年月日		
	横浜 みなと	男・女	平成 令和	2年	7月 8日
現住所	横浜市 中区本町6-50-10			保護者との続柄	
	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

<p>【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。</p>	<p>【配偶者】欄 配偶者の方がいる場合には次の欄に必要事項をご記入ください。 （配偶者の方がいない場合、ひとり親家庭等医療費助成に該当する場合がありますので事前にお住まいの区役所保険年金課にご連絡ください。）</p>
---	---

申請者（保護者）

氏名	保護者（所得が高い方）			配偶者			
	フリガナ	ヨコハマ ジロウ		フリガナ	ヨコハマ ハナコ		
	横浜 次郎			横浜 花子			
日中の連絡先（TEL）	080-0000-△△△△			080-0000-△△△△			
生年月日	昭和	平成	2年 10月 10日	昭和	平成	4年 12月 12日	
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所【			<input checked="" type="checkbox"/> 小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所【			
	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】			<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】			
1月1日の住所地	本年	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】			<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】		
	前年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input checked="" type="checkbox"/> 市外【神奈川県 都道府県 川崎市 市区町村】			<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input checked="" type="checkbox"/> 市外【神奈川県 都道府県 川崎市 市区町村】		
個人番号							

□資格取得101	資格取得日	令和 年 月 日
	理由	<input type="checkbox"/> 市外転入01 <input checked="" 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）

変更	<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所		
	<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	令和 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"/> 添付のとおり	保険者番号	資格取得日 令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり	被保険者氏名		

□資格喪失102	喪失日	令和 年 月 日
	理由	<input type="checkbox"/> 市外転出11（ ） <input type="checkbox"/> 死亡13 <input type="checkbox"/> 生活保護開始15 <input type="checkbox"/> 他制度該当16（ ） <input type="checkbox"/> その他18（ ）

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