

乳幼児等医療費・こども医療費 受給者証交付（更新）申請書

（宛先） 姫路市長

乳幼児等医療費・こども医療費助成制度の受給者証の交付又は更新の申請をします。

受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、対象者の加入医療保険の資格、申請者（父・母又は扶養義務者）の地方税情報その他の情報を調査（マイナンバー制度による情報連携によるものを含む。）することについて同意します。また、姫路市福祉医療費助成条例施行規則第8条第4項ただし書に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。福祉医療費の適正な支給のために必要がある場合は、関係機関に市が照会することに同意します。

※   の太線の枠内のみ記入してください。

|                                |  |                              |  |                                    |  |                     |  |
|--------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------|--|
| 申請年月日                          |  | 年                            |  | 月                                  |  | 日                   |  |
| 子どもとの続柄                        |  | 父                            |  | 母                                  |  | ( )                 |  |
| 電 話                            |  | —                            |  | —                                  |  |                     |  |
| 転入日<br>※転入者のみ                  |  | 年                            |  | 月                                  |  | 日                   |  |
| 姫路市                            |  |                              |  |                                    |  |                     |  |
| 今年1月1日の住所                      |  | <input type="checkbox"/> 姫路市 |  | <input type="checkbox"/> 姫路市以外 ( ) |  | 都 道 府 県 ( ) 市 区 町 村 |  |
| 前年1月1日の住所                      |  | <input type="checkbox"/> 姫路市 |  | <input type="checkbox"/> 姫路市以外 ( ) |  | 都 道 府 県 ( ) 市 区 町 村 |  |
| 子どもとの続柄                        |  | 父                            |  | 母                                  |  | ( )                 |  |
| 電 話                            |  | —                            |  | —                                  |  |                     |  |
| 転入日<br>※転入者のみ                  |  | 年                            |  | 月                                  |  | 日                   |  |
| <input type="checkbox"/> 上記に同じ |  |                              |  |                                    |  |                     |  |
| 今年1月1日の住所                      |  | <input type="checkbox"/> 姫路市 |  | <input type="checkbox"/> 姫路市以外 ( ) |  | 都 道 府 県 ( ) 市 区 町 村 |  |
| 前年1月1日の住所                      |  | <input type="checkbox"/> 姫路市 |  | <input type="checkbox"/> 姫路市以外 ( ) |  | 都 道 府 県 ( ) 市 区 町 村 |  |

|          |         |                                   |  |                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|----------|---------|-----------------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 加入医療保険   |         | 健康保険証等の写しのとおり（裏面に添付） 又は 裏面に記載のとおり |  |                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 新規交付希望は○ | フリガナ氏 名 | 生年月日                              |  | 子どもの住所<br>※別居の場合のみ |  | 受給者証の交付状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|          |         | H<br>R<br>西暦                      |  |                    |  | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |  |
|          |         | H<br>R<br>西暦                      |  |                    |  | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |  |
|          |         | H<br>R<br>西暦                      |  |                    |  | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |  |
|          |         | H<br>R<br>西暦                      |  |                    |  | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |  |
|          |         | H<br>R<br>西暦                      |  |                    |  | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |  |

|      |        |                                                                                                                                                                                                                          |  |   |  |   |  |
|------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|---|--|
| 資格審査 | 受付     | <input type="checkbox"/> 窓口（福祉医療・住窓） <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 搬送便                                                                                                                            |  |   |  |   |  |
|      | 申請理由   | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止<br><input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> 在留資格取得<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |  |   |  |
|      | 資格有効始期 | 年                                                                                                                                                                                                                        |  | 月 |  | 日 |  |
|      | 資格有効終期 | 年                                                                                                                                                                                                                        |  | 月 |  | 日 |  |

|         |   |      |   |      |  |
|---------|---|------|---|------|--|
| MN提示の有無 |   | 資格入力 |   | 審査確認 |  |
| 申請者兼同意者 |   | 同意者  |   |      |  |
| 有       | 無 | 有    | 無 |      |  |

交付申請時に持参するもの

・申請者及び同意者（父及び母等）の本人確認書類

・新規交付を希望するお子様の健康保険証（又は資格証明書・資格確認書等、資格内容を確認できるもの）

|                           |         |               |                                   |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|---------|---------------|-----------------------------------|--------------|--|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 父及び母等<br>※父母両方の記載が必要      | 申請者兼同意者 | フリガナ          |                                   |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 氏 名           |                                   |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 生年月日          | S<br>H<br>西暦                      |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 住 所           | 姫路市                               |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 同意者                       |         | フリガナ          |                                   |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 氏 名           |                                   |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 生年月日          | S<br>H<br>西暦                      |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 住 所<br>※別居の場合 | <input type="checkbox"/> 上記に同じ    |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 子ども<br>※18歳までの扶養親族全ての方を記載 |         | 加入医療保険        | 健康保険証等の写しのとおり（裏面に添付） 又は 裏面に記載のとおり |              |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           |         | 新規交付希望は○      | フリガナ氏 名                           | 生年月日         |  | 子どもの住所<br>※別居の場合のみ | 受給者証の交付状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                           |         |               |                                   | H<br>R<br>西暦 |  |                    | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |
|                           |         |               |                                   | H<br>R<br>西暦 |  |                    | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |
|                           |         |               |                                   | H<br>R<br>西暦 |  |                    | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |
|                           |         |               |                                   | H<br>R<br>西暦 |  |                    | <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 受給中<br><input type="checkbox"/> 対象外<br>No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> |

|       |        |                                                                                                                                                                                                                          |  |   |  |   |  |
|-------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|---|--|
| 事務処理欄 | 受付     | <input type="checkbox"/> 窓口（福祉医療・住窓） <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 搬送便                                                                                                                            |  |   |  |   |  |
|       | 申請理由   | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止<br><input type="checkbox"/> 施設退所 <input type="checkbox"/> 在留資格取得<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |  |   |  |
|       | 資格有効始期 | 年                                                                                                                                                                                                                        |  | 月 |  | 日 |  |
|       | 資格有効終期 | 年                                                                                                                                                                                                                        |  | 月 |  | 日 |  |

|         |   |      |   |      |  |
|---------|---|------|---|------|--|
| MN提示の有無 |   | 資格入力 |   | 審査確認 |  |
| 申請者兼同意者 |   | 同意者  |   |      |  |
| 有       | 無 | 有    | 無 |      |  |

添付書類貼付箇所（ホッチキス留め又はクリップ留めでも構いません。）

お子様の健康保険証

①資格を確認できるものを添付 又は ②資格内容を記入

|                                         |                         |                       |
|-----------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| ①の場合 → 健康保険証又は資格証明書・資格確認書等のコピーを添付       |                         |                       |
| (のりしろ)                                  |                         |                       |
| ②の場合 → 健康保険の内容を記入（資格内容を確認できるものをご持参ください） |                         |                       |
| 記号                                      | 番号                      | 枝番                    |
| 資格取得年月日<br>(認定年月日)                      | H<br>R<br>西暦            | 年 月 日                 |
| 被保険者氏名                                  | お子様から見た続柄<br>父・母・その他（ ） |                       |
| 保険者番号                                   | 保険者名                    | 健康保険組合<br>全国健康保険協会 支部 |

父及び母等（申請者及び同意者）の本人確認書類のコピー

★ 顔写真付き1点又は顔写真なし2点の添付が必要です。

|         |                                                                                                                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 顔写真あり1点 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面のみ） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 顔写真なし2点 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金関係書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                            |

|             |             |
|-------------|-------------|
| 申請者兼同意者     | 同意者         |
| <div></div> | <div></div> |