

子ども医療費助成医療証交付申請書

渋谷区長 殿

下記のとおり医療証の交付を申請します。
 なお、認定に当たって他制度による医療費助成の状況についての確認及び課税台帳の閲覧に同意します。

① 申請年月日	年	月	日															
② 申請者 (保護者)	フリガナ	_____														子どもとの 続柄	父・母・()	
	氏名																	
	個人番号											生年月日	年	月	日			
住所	渋谷区 _____														電話	()		
③ 子 ど も	氏名 個人番号											生年月日	年	月	日	続柄	※備考	※受給者番号
												年	月	日				
												年	月	日				
												年	月	日				
												年	月	日				
												年	月	日				
												年	月	日				
												年	月	日				
④ 子どもの 加入健康保険	保険の種類	1 全国健康保険協会(協会けんぽ)					2 健康保険組合											
		3 日雇					4 船員					5 共済						
		6 渋谷区国保					7 国保組合											
		被保険者氏名 _____										保護者との続柄	本人・()					
◎保険証のコピーを裏面にのり付けてください。	被保険者証 記号番号	記号											番号	(枝番)				
	保険者名	名称											番号					
⑤ 他の医療助成	生活保護	<input checked="" type="radio"/> 親医療	<input type="radio"/> 障医療	その他														
	受・否	有・無	有・無															

※区役所使用欄												
確	住民票	公簿・添付	備考									
	保険証	公簿・添付	負担者区分	乳(88132139)・子(88135132)・青(89135131)								
認	他制度	無・生・ <input checked="" type="radio"/> 親・ <input type="radio"/> 障	資格取得	年	月	日	種別	07	申請	交付		
			決定	年	月	日		08	出生			
	児童手当申請	受・否	医療証交付	年	月	日		09	転入	窓・郵		

..... 子どもの健康保険証のコピー貼付欄

- ここに、子どもの健康保険証（おもて面）のコピーを貼付してください。
- 子どもが出生直後の場合は、子どもが加入予定の保護者の健康保険証のコピーを貼付し、後日、子どもの健康保険証のコピーを郵送等で提出してください。

記入上の注意

1. ①申請年月日の欄 この申請書を記入した年月日を記入してください。
2. ②申請者（保護者）の欄
 - (1) 渋谷区に住民票があり、現に子どもを監護（＝監督・保護）している父又は母を記入してください。
 - (2) 渋谷区に子どもを監護している父又は母がいない場合は、子どもと同居している親族（祖父・祖母など）が申請してください。
 - (3) 子どもが高校生相当世代で、渋谷区に子どもを監護している父又は母の住民票がない場合は、当該父又は母の現住所のわかるもの（運転免許証などの身分証明書の写しなど）を添付し、申請してください。
 - (4) 子どもが高校生相当世代で、誰からも監護されていない場合は、子ども本人の氏名・住所を記入してください（区で審査の上、子ども本人を保護者とすることができます）。
3. ③子どもの欄 今回医療証交付を申請する子どものみ記入してください。
続柄記載例：「子」
4. ④子どもの加入健康保険の欄
 - (1) 子どもが加入している健康保険（出生直後の場合は子どもが加入予定の保護者の健康保険）について、健康保険証を参考にしながら記入してください。
 - (2) 「保険の種類」の欄は、健康保険証の保険者欄を参考に該当するものを○で囲んでください。
 - (3) 「被保険者氏名」の欄は、子どもが加入している健康保険の被保険者の氏名（渋谷区国保の場合は世帯主氏名、国保組合・共済組合の場合は組合員氏名）を記入してください。
 - (4) 「保護者との続柄」の欄は、②欄の申請者（保護者）から見た被保険者の続柄を記入してください。
 - (5) 子どもの健康保険証（おもて面）のコピーを上部貼付欄に糊付け又は添付してください。
5. ⑤他の医療助成の欄 現に受給しているものを○で囲んでください。
〔親〕医療とはひとり親家庭等医療費助成制度、〔障〕医療とは心身障害者医療費助成制度の略です。「その他」の欄は、子どもが児童福祉施設に措置入所しているとき又は里親に委託されているときに記入してください。
6. 「※」の欄 区役所使用欄です。記入しないでください。

※この助成事業は、東京都から補助を受け実施しており、助成世帯の所得を確認する必要があります。保護者の方の課税台帳を閲覧させていただきますのでご了承ください。