

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		刀ガナ	性別 男・女
			生年月日 年 月 日
現住所		保護者との続柄 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

<b>対象小児の加入保険情報</b>		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		

# 新規申請記載例

## 健康保険証交付申請書（兼同意書）小児医療対象者異動等届出書

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  
同意します。

氏名	保護者（所得が高い方） ヨコハマ タロウ 横浜 太郎	配偶者 ヨコハマ ハナコ 横浜 花子
生年月日	平成2年 7月 24日	平成4年 5月 17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 住所地	本年 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 横浜市以外【神奈川県川崎市】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input checked="" type="checkbox"/> 横浜市以外【神奈川県川崎市】
個人番号		

お子さまの氏名等  
をご記入ください。

### 対象小児（今回申請する小児のみ）

受給		資格取得日	年 月 日
氏名	ヨコハマ ミナト 横浜 みなと	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
現住所	横浜市中区本町6-50-10	生年月日	令和2年 4月 1日
		保護者との続柄	<input checked="" 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	1 2 3 4 5 6 7 8	保険加入日	令和2年 4月 1日
<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり	被保険者氏名	横浜 太郎	
<input checked="" type="checkbox"/> 記入のとおり			

### 資格取得101

理由：市外転入01 出生・制度該当03 生保廃止05 他制度該当06  
その他08（ ） 区間転入（ ）

### 区内転居401

今までの住所 横浜市 区

### 氏名変更401

今までの氏名

### 保護者変更402

変更日： 年 月 日  
理由 離婚 死別 その他（ ）

### 加入保険変更402

保険証の写しのとおり 記入のとおり  
保険者番号 被保険者氏名

### 【被保険者本人】欄について

お子さまの健康保険証で下記に該当する方をご記入ください。  
●社会保険に加入…被保険者本人の氏名  
●横浜市国民健康保険に加入…世帯主の氏名  
●共済組合、国民健康保険組合に加入…組合員本人の氏名  
(お子さまの氏名ではありませんので、ご注意ください。)

### 資格喪失102

変更日： 年 月 日  
理由：11市外転出 13死亡 15生活保護開始 16他制度該当（ ） 18その他（ ）  
転出先の住所

### 再交付501

紛失 汚損・破損 未着 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 4.破損	3.紛失 5.未着	区受付	
	課長	係長	係員	起案 年 月 日	不交付	住記		保険
				決裁 年 月 日				確認
	入力			年 月 日	確認			年 月 日