



(申請先・届出先・同意先)

横浜市 長

小児医療証交付申請書(兼
小児医療対象者異動等届出書

朱肉を使う印鑑で
押印してください

0歳
 1歳以上

年 月 日

申請者(保護者)は、お子さんの生計を主に維持している方(ご両親ともに所得がある場合には所得が高い方)です。

申請者(保護者)氏名

戸塚 一郎

配偶者(同意者)氏名

戸塚 花子

次のとおり申請(届出)します。また、所得基準判断のため、保護者及び配偶者の市民税の課税内容及び児童手当の申請内容について調査することに同意します。

本線の中を記入してください。

対象	フリガナ	とつか たろう			生年月日	令和元 年 5 月 1 日			性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
	氏名	戸塚 太郎				住所	旭区鶴ヶ峰1-4-12			続柄	<input checked="" type="radio"/> 子
小児	住所				電話		090 (0000) 0000				

資格取得	年 月 日	大1-
	01 市外転入(転入前の住所)	101
	03 出生(0歳)・制度該当(1歳以上)	
	05 生保廃止	06 他制度非該当
	08 その他()	
	02 区間転入 (区から)	301
	転出区受給者番号	
	対象小児の加入保険情報(資格取得申請の際は必ず記入)	
保険者番号	X X X X X X	
保険加入年月日	令和元 年 5 月 1 日	
被保険者本人氏名	戸塚 一郎	

該当する申請届出事由の番号を○で囲むか、事由の□欄をチェックして記入してください。

受給者番号	年 月 日	大1-
<input type="checkbox"/> 区内転居(今までの住所)	401	
<input type="checkbox"/> 氏名変更(今までの氏名)		
402		
今までの保護者氏名		
<input type="checkbox"/> 加入保険変更(これからの加入保険情報)		
保険者番号		
保険加入年月日	年 月 日	
被保険者本人氏名		

再交付	年 月 日	大1-
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他	501	

個人番号(保護者) _____

個人番号(同意者) _____

【備考欄】

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	上記に基づき処理します。	不交付通知	
			起案 年 月 日	喪失通知	
			決裁 年 月 日	住記 保険 確認	
19 所得超過(1歳以上のみ)	20 所得不明(1歳以上のみ)	入力	年 月 日	確認	年 月 日