

記入例

子ども医療証
 障害者受給資格証
 ひとり親家庭等
 交付申請書（異動届書）

(宛先) 高松市長

申請者	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番(地) 15 号	電話番号	087-839-2353
	氏名	高松 さつき	受給者との続柄	母

医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて医療証又は受給資格証の交付申請をします。なお、助成に必要な範囲で、公簿等により私の住所、異動の情報、世帯の情報及び生活保護の受給の有無並びに私、保護者、扶養義務者及び配偶者の市民税・県民税の課税内容及び所得を確認されることを承諾します。また、高額療養費又は付加給付金が支給されることにより医療費の助成が過払いとなる場合は、私が保険者から受領した高額療養費及び付加給付金のうち、過払相当額を高松市に支払います。

申請(届出)年月日	令和 2 年 4 月 20 日	異動年月日	令和 2 年 4 月 3 日	
受給者	フリガナ	タカマツ タロウ	被保険者との続柄	子
	氏名	高松 太郎	生年月日	令和 2 年 4 月 3 日
	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番(地) 15 号	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者 (国保の場合は世帯主)	フリガナ	タカマツ イチロウ	生年月日	平成 3 年 7 月 17 日
	氏名	高松 一郎	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番(地) 15 号
	個人番号 (子ども医療証の場合は記入不要)		電話番号	087-839-2353
	医療保険	370015 香川 1		1234567
保護者 (主たる生計維持者) (子ども医療証の場合のみ記入)	フリガナ	タカマツ イチロウ	受給者との続柄	父
	氏名	高松 一郎	生年月日	平成 3 年 7 月 17 日
	住所	高松市 番 町 1 丁目 8 番(地) 15 号	個人番号 (受給者が乳幼児の場合は記入不要)	
生計を一にする 扶養義務者及び配偶者 (子ども医療証の場合は記入不要)	氏名		受給者との続柄	
	個人番号		個人番号	
振込先	預金種別	普通	口座名義人	
	口座番号			
異動理由	1 資格取得(新規・転入・他制度廃止等)	2 資格喪失(死亡・転出・他制度取得等)	3 医療保険の変更	4 その他の変更(氏名・保護者・扶養義務者等)
	備考(※)			
	1 大特内の事項を記入してください。 2 「乳幼児」とは、満6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。 3 高齢者の医療の確保に関する法律に規定する医療に関する給付を受ける障害者、ひとり親家庭等であって、新規申請をする方は、必ず振込先を記入してください。 4 被保険者の住所を必ず記入してください。			
	子どもの確認			
1 乳幼児	身障手帳 級 費 市費	1 母子家庭の母 2 母子家庭の子	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 共済組合	
2 小学生～	療育手帳 ③ A ④ B	3 父子家庭の父 4 父子家庭の子	4 私学共済 5 県国保 6 国保組合	
18歳年度末	戦傷手帳 項症	5 父母のいない子	7 県外国組 8 後期高齢	
年 月 日	日 月 年 日 日 月 年 日	6 父母のいない子を養育する兄・姉		
受給者番号	番	考		
記入しないでください。				
添付書類チェック欄 <input type="checkbox"/> 保険証(コピーを添付) <input type="checkbox"/> 所得課税証明書(所得確認が必要な方の所得申告した場所が高松市以外で、個人番号が提出できないときのみ。)				
申請方法	来 所 者	①本人確認	②本人確認(代)	
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者(主たる生計維持者)	A <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード	A <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> 郵送	② 法定代理人 ③ 任意代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍・登録 <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> 職権(市民課)	
			<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> 職権 <input type="checkbox"/> 職権(市民課)	
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 発行 <input type="checkbox"/> 支所受取 <input type="checkbox"/> 交付済	
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

申請者=窓口に来られる方のお名前・住所・連絡先の記入をお願いします。

○お子様がお生まれになった方は、出生日を、転入された方は転入日を御記入ください。

受給者=お子様について御記入ください。お子様の個人番号が必要です。

被保険者=お子様を扶養されている方(健康保険の扶養)についてご記入ください。国民健康保険の場合は世帯主をご記入ください。(被保険者の個人番号の記入は必要なし。)

○同居の場合は「同上」でもかまいません。住所が別の場合は、住民票の住所を御記入ください。市外の場合は高松市を消して御記入ください。

保護者=お子様の生計を維持する程度の高い方についてご記入ください。

○子ども医療の場合は、扶養義務者等の記載は不要です。

○県外で医療機関にかかられた時には立替払になりますので、その請求をする時に振込する口座です。請求する時に提出していただく、医療費支給申請書にも口座を記入する欄があります。7ケタの口座以外には振込できませんのでご了承ください。

- 子ども医療証交付申請に必要なもの
- 対象者の氏名が記載された健康保険証
 - 対象者のマイナンバーが確認できる書類
 - 申請者の身元確認ができる書類
- ※保護者(祖父母)以外の方が申請する場合は、保護者からの委任状が必要です。

提出先・・・高松市役所子ども家庭課又は各総合センター・支所・市民サービスセンターにご提出ください。

問い合わせ先・・・高松市番町一丁目8番15号 高松市子ども家庭課 子ども医療係 ☎087-839-2353