□ 子　ど　も　医 療 証
□ 障　害　者　医 療 証
□ ひとり親家庭等　受給資格者証　交付申請書(異動届書)

(宛先)高松市長

申請者	住 所	高松市		
	フリガナ		電話番号 (日中連絡先)	
	氏 名		受給者との続柄	

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者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、戸籍の情報、医療保険の被保険者等の資格に関する情報及び生活保護の受給の有無並びに私、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又は付加給付金のうち、過払相当額を高松市に支払います。

申請(届出)年月日		令和　年　月　日	異動年月日	平成 令和	年　月　日
受給者	フリガナ 氏 名	□申請者に同じ	被保険者との続柄		
			生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
	住 所	□申請者に同じ 高松市			
	個人番号		電話番号		
	医療保険	保険者名称又は番号	記号	番号	枝番
		資格取得日 昭和 平成 令和 年 月 日		有効期限	令和　年　月　日
被保険者 (国保の場合は世帯主)	フリガナ 氏 名	□受給者に同じ	生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
	住 所	□受給者に同じ 高松市			
	個人番号 (子ども医療証の場合は記入不要)		電話番号		
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 氏 名	□被保険者に同じ	受給者との続柄		
			生年月日	昭和 平成 令和	年　月　日
	住 所	□被保険者に同じ 高松市			

	氏名 / 個人番号	受給者との続柄	氏名 / 個人番号	受給者との続柄
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)				

振込先	銀行 農協 金庫・組合　店所 出張所		口座名義人	(フリガナ)
	預金種別 口座番号	普通		

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　太枠内の事項を記入してください。
2　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。
3　被保険者の住所を必ず記入してください。

子どもの確認	障がいの確認	ひとり親家庭等の確認	保険種類
1 乳幼児 2 小学生～18歳年度末	身障手帳　級　県費　市費 療育手帳　Ⓐ A　Ⓑ B 戦傷手帳　項症 年　月　日手帳交付	1 母子家庭の母　2 母子家庭の子 3 父子家庭の父　4 父子家庭の子 5 父母のない子 6 父母のない子を養育する兄・姉等	1 協会けんぽ　2 健保組合　3 共済組合 4 私学共済　5 県国保　6 国保組合 7 県外国組　8 後期高齢

医療証番号	審査	資格	受付	備考

市記入欄

保険資格情報の確認	□資格確認書　□資格情報のお知らせ　□マイナポータル資格情報画面　□マイナンバー情報連携
所得等情報の確認	□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。)

添付書類枚数(　　)
(申請書は含まない)

申請方法	来所者	①本人確認	②本人確認(代)	個人番号(受給者)	個人番号(世帯)	医療証回収	受取方法
□ 窓口 □ 郵送	① □本人 □保護者(主たる生計維持者)	A □免許証 □個人番号カード □パスポート □在留カード (　　) B 資格確認書、キャッシュカード (　　) +(　　)	A □免許証 □個人番号カード □パスポート □在留カード (　　) B 資格確認書、キャッシュカード (　　) +(　　)	□ 通知カード □ 個人番号カード □ 住民票の写し等 □ 職権 □ その他	□ 通知カード □ 個人番号カード □ 住民票の写し等 □ 職権 □ その他	□有 □無 証発行 □有 □無	□ 自宅郵送 (旧住所・新住所) □ 総合センター受取 □ 支所受取 □ 交付済
	② □法定代理人　□ 戸籍 ・ 登記 □任意代理人　□ 委任状						

R7.12.2～