

児童手当を受給する保護者（該当がない場合は前年度の所得が高い方）の氏名をご記入ください。

申請者・配偶者のマイナンバーカード等に記載されている12桁の個人番号をそれぞれご記入ください。

第1号様式（第5条関係）

乳児・子どもの医療費助成制度医療証交付申請書

【申請書記入日が1月～9月の方】

→前年の1月1日

【申請書記入日が10月～12月の方】

→本年の1月1日

上記時点の住所地が、昭島市ではない場合にご記入ください。

子どもの健康保険証を見ながらご記入ください

（複数人いる場合はいずれか1枚の内容を記入）。

出生での申請の場合は加入する保護者の保険証の内容をご記入ください。

記入日と申請者の氏名を必ずご記入ください。

|                                                                                                  |                                             |                               |                              |               |        |              |               |          |      |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------|--------|--------------|---------------|----------|------|-------|
| 申請者                                                                                              | フリガナ<br>氏名                                  | アキシマ タロウ<br>昭島 太郎             | 生年月日                         | 昭和〇 年 〇 月 〇 日 | 個人番号   | ×××××××××××× |               |          |      |       |
| 申請者                                                                                              | 住所                                          | 現住所                           | 昭島市田中町 1-17-1                |               |        | 電話番号         | 090-****-**** |          |      |       |
|                                                                                                  |                                             | 1月1日現在住所（1月～9月）               | 岩手県                          |               |        | 転入           |               |          |      |       |
| 配偶者                                                                                              | 有・無                                         | 氏名                            | 昭島 花子                        |               |        |              |               |          |      |       |
|                                                                                                  | 1月1日現在住所（1月～9月は前年、10月～12月は本年）               | 東京都立川市                        |                              |               | 個人番号   | ×××××××××××× |               |          |      |       |
| 扶養対象者                                                                                            | フリガナ<br>氏名                                  | アキシマ イチロウ<br>昭島 一郎            | 生年月日                         | 令和〇 年 〇 月 〇 日 | 続柄     | 子            | 同居・別居         | 監護の有無    | 生計関係 | 事務処理欄 |
|                                                                                                  |                                             |                               | 年 月 日                        | 同居            | 同居・別居  | 有・無          | 同一・維持         | 〇乳 〇子 〇青 |      |       |
| 加入者                                                                                              | 保険の種類                                       | 1 国保 2 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済 |                              |               |        |              |               |          |      |       |
|                                                                                                  | 被保険者氏名                                      | 昭島 太郎                         |                              | 申請者の続柄        | 本人・本人外 |              | 附加給付          | 有・無      |      |       |
| 加入者                                                                                              | 被保険者証<br>記号・番号                              | 記号                            | 11111                        |               | 保険番号   | 12345        |               |          |      |       |
|                                                                                                  |                                             | 番号                            | 12345 (枝番)                   |               | 保険者名称  | 〇×△健康保険組合    |               |          |      |       |
| 加入者                                                                                              | 資格取得年月日<br>(助成対象児童)                         | 令和〇 年 〇 月 〇 日                 |                              |               |        |              |               |          |      |       |
|                                                                                                  | 公費負担による医療費助成の受給状況<br>(受給中のものがあれば〇で囲んでください。) |                               | 生活保護 心身障害者医療費助成 ひとり親家庭等医療費助成 |               |        |              |               |          |      |       |
| (宛先) 昭島市長<br>子どもの医療費助成制度の医療証の交付を申請します。<br>この申請及び医療証の更新に関し必要な情報を住民基本台帳、課税台帳等の公簿等により確認することに、同意します。 |                                             |                               |                              |               |        |              |               |          |      |       |
| 令和〇 年 〇 月 〇 日                                                                                    |                                             |                               | 昭島 太郎 (申請者本人の署名)             |               |        |              |               |          |      |       |

申請には、

対象のお子さん全員の保険証オモテ面の写し

が必要です。

※出生での申請の場合は、加入する保護者の保険証があれば申請できます。

その他、個別の要件により、別途書類のご提出が必要となる場合があります。

マイナンバーカードをお持ちの方は  
電子申請でお手続きいただけます。

マイナポータルびったりサービス

で検索して昭島市の  
申請画面からご申請  
いただけます。

