

記入例

様式第 2 号 (第 3 条関係)

(□で囲った太枠内を記入してください)

子ども医療費受給者証交付申請書

阿久比町長 殿

①

住 所 愛知県知多郡阿久比町 大字卯坂字殿越50

申請者

氏 名 阿久比 太郎

電 話 (0569) 48 - 1111

②

対 象 者	住 所	阿久比町大字卯坂字殿越 5 0		
	フリガナ	アグイ タロウ	男	昭和60年1月1日
	氏 名	阿久比 太郎	女	子どもとの続柄 父
	職 業	自営業		

③

子 ど も	住 所	阿久比町大字卯坂字殿越 5 0		
	フリガナ	アグイ ヒメコ	男	生 年 月 日
	氏 名	阿久比 姫子	女	平成19年1月1日

加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	別紙のとおり	続柄		住所	
	被保険者証の記号番号				附加給付等の有無	有・無
	被保険者証発行機関名	<保険者番号>		所在地		
交 付 事 由 備 考	1. 出生	2. 転入	③ その他 (子ども医療費助成対象年齢拡大)	受給者番号		
	(交付事由発生年月日 令和6年10月1日)					

(申請者)
① 保護者にあたる方の情報を記入してください (押印不要)

(対象者)
② 保護者にあたる方の情報を記入してください

(子ども)
③ 対象のお子さまの情報を記入してください

下記 2 点を、再度ご確認ください

- ☐ 申請書①～③を記入
- ☐ お子さまの保険情報がわかるもの(※)を添付

(※) 保険情報確認のため、下記のいずれかが必要となります。

(マイナンバーカードと保険情報連携済みの場合)

- ・ 「資格情報のお知らせ」の写し
- ・ 保険情報が記載されたマイナポータル画面の写し
- ・ マイナンバーカード (保険情報照合が必要なため、お時間がかかります)

(マイナンバーカードをお持ちでない場合、または保険情報未連携の場合)

- ・ 資格確認書

※お持ちの健康保険証が有効期限内のものであれば、健康保険証の写しの添付でも申請いただけます。