

小児医療証交付申請書（兼同意書）小児医療対象者異動等届出書

（申請先・届出先・同意先）

横浜市長

年 月 日

次のとおり申請（届出）します。なお、本制度を利用する間、県への補助金申請のため、申請者及び配偶者の所得状況  
 その他必要な情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む）により横浜市が確認することに同意します。

マイナンバー制度による情報連携により横浜市が確認することに同意しません。

		申請者（保護者）	
氏名		保護者（所得が高い方）	配偶者
		刀ガナ	刀ガナ
生年月日		年 月 日	年 月 日
現住所		<input type="checkbox"/> 対象小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所
電話番号		日中の連絡先 ( )	日中の連絡先 ( )
1月1日の 住所地	本年	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】
	前年	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名 横浜市以外【 県 市 】
個人番号			

対象小児（今回申請する小児のみ）			
受給者番号		資格取得日 年 月 日	
氏名		性別	生年月日
		男・女	年 月 日
現住所		保護者との続柄 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

<b>対象小児の加入保険情報</b>		保険者番号	保険加入日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり		被保険者氏名		
<input type="checkbox"/> 記入のとおり				

<input type="checkbox"/> 資格取得101	理由： <input type="checkbox"/> 市外転入01 <input type="checkbox"/> 出生・制度該当03 <input type="checkbox"/> 生保廃止05 <input type="checkbox"/> 他制度非該当06 <input type="checkbox"/> その他08 ( ) <input type="checkbox"/> 区間転入02 ( 区から転入)
<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所 横浜市 区
<input type="checkbox"/> 氏名変更401	今までの氏名
<input type="checkbox"/> 保護者変更402	変更日 年 月 日
	理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 加入保険変更402	<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり
<input type="checkbox"/> 資格喪失102	変更日 年 月 日
	理由 <input type="checkbox"/> 11市外転出 <input type="checkbox"/> 13死亡 <input type="checkbox"/> 15生活保護開始 <input type="checkbox"/> 16他制度該当 ( ) <input type="checkbox"/> 18その他 ( )
	転出先の住所
<input type="checkbox"/> 再交付501	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他 ( )

【備考欄】

処理欄	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	不交付	住記	保険	
	起案 年 月 日						
	決裁 年 月 日						
入力	年 月 日			確認	年 月 日		

# 変更申請記載例

## 保護証交付申請書（兼同意書）小児医療対象者異動等届出書

令和5年 8月 1日

（申請者） 横浜市

横浜市

次のとおり

その他必要

マイナ

【保護者（所得が高い方）】欄

お子様を監護し、その生計を同じくしている方です。  
※ご両親ともに所得がある場合は、所得が高い方を申請者としてください。横浜市に住民登録がない方でも所得の高い方が申請者となります。  
氏名をご記入ください。

【配偶者】欄

配偶者の方がいらっしゃる場合、配偶者の方の所得金額の調査も必要となります。配偶者の方の氏名をご記入ください。

配偶者の所得状況  
同意します。

氏名	保護者（所得が高い方） フリガナ ヨコハマ タロウ 横浜 太郎	配偶者 フリガナ ヨコハマ ハナコ 横浜 花子
生年月日	年 月 日	年 月 日
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同居所 <input type="checkbox"/> 他住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所
電話番号	日中の連絡先 080-0000-△△△△	日中の連絡先 080-0000-△△△△
1月1日の住所	本年 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 横浜市以外【 県 市】
受給者番号・お子さまの氏名等をご記入ください。		

対象小児（今回申請する小児のみ）										
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	資格取得日	年 月 日	
氏名	フリガナ ヨコハマ ミナト 横浜 みなと						性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	令和2年 4月 1日
現住所	横浜市中区本町6-50-10						保護者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

対象小児の加入保険情報	保険者番号	被保険者氏名	保険加入日	年 月 日								
<input type="checkbox"/> 資格取得101	理由： <input type="checkbox"/> 市外転入01 <input type="checkbox"/> 出生・制度該当03 <input type="checkbox"/> 生保廃止05 <input type="checkbox"/> 他制度非該当06 <input type="checkbox"/> その他08（ ） <input type="checkbox"/> 区間転入02（ ） 区から転入											
<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所 横浜市 区											
<input type="checkbox"/> 氏名変更401	今までの氏名											
<input type="checkbox"/> 保護者変更402	変更日： 年 月 日		今までの保護者氏名									
	理由： <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他（ ）											
<input checked="" type="checkbox"/> 加入保険変更402	<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	保険加入日	令和2年 4月 1日
	<input checked="" type="checkbox"/> 記入のとおり	被保険者氏名	横浜 太郎									
<input type="checkbox"/> 資格喪失102	変更日： 年 月 日		理由： <input type="checkbox"/> 11市外転出 <input type="checkbox"/> 13死亡 <input type="checkbox"/> 15生活保護開始 <input type="checkbox"/> 16他制度該当（ ） <input type="checkbox"/> 18その他（ ）							転出先の住所		
<input type="checkbox"/> 再交付501	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（ ）											

【備考欄】

変更事項がある項目をご記入ください。

【被保険者本人】欄について

お子さまの健康保険証で下記に該当する方をご記入ください。

- 社会保険に加入…被保険者本人の氏名
- 横浜市国民健康保険に加入…世帯主の氏名
- 共済組合、国民健康保険組合に加入…組合員本人の氏名

（お子さまの氏名ではありませんので、ご注意ください。）

処理欄	課長	係長	係員	証回収年	年 月 日	起案	年 月 日	年 月 日
						決裁		
	入力				年 月 日			