子　ど　も　医　療　証　交　付　申　請　書（乳・子・青）

江戸川区長 殿

下記の通り医療証の交付を申請します。医療証の交付及び更新に係る審査のため、所得情報その他受給資格に関わる情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認することについて同意します。また、このことについて配偶者等生計を同じくする者の同意を得ています。なお公簿等で確認できない場合は、区が必要と認める関係書類の提出を速やかに行います。

年　　月　　日

「保護者」欄にはお子さんと同居・同世帯の父または母のうち、所得の高い方をご記入ください。

保護者	フリガナ		個人番号	課税地	今年の1月1日の住所	昨年の1月1日の住所
	氏名				都道府県　区市町村	都道府県　区市町村
配偶者	有・無 フリガナ		個人番号		今年の1月1日の住所	昨年の1月1日の住所
	氏名				都道府県　区市町村	都道府県　区市町村
住所	江戸川区			電話	保護者　－　－　配偶者　－　－	

医療証を申請するお子さんのみご記入ください。

児童18歳到達後最初の3月31日まで		生年月日	同居・別居	個人番号	受給者番号
フリガナ		H・R　・　・	同居・別居		
氏名					
フリガナ		H・R　・　・	同居・別居		
氏名					
フリガナ		H・R　・　・	同居・別居		
氏名					
フリガナ		H・R　・　・	同居・別居		
氏名					

お子さんが加入している保険の被保険者をご選択ください。　出生の場合はお子さんが加入予定の被保険者（父または母）をご選択ください。

被保険者	□ 父　□ 母　□ 児童　□ その他（　　）	□ 保険情報コピー添付

＊ 出生日または転入日より**3か月以内**の申請は、その日に遡り受給資格が得られます。過ぎた場合は、申請日からとなります。

職員記入欄

【申請者】
□本人・同居同世帯の配偶者
□代理人（第三者）→【代理権の確認】

【代理権の確認】
□確認有　□委任状
□その他（　　）

1点
□マイナンバーカード　□免許証
□パスポート　□住基カード
□在留カード
□その他（　　）

2点
□健康保険証等
□住民票　□母子手帳
□年金手帳・各種手当証
□その他（　　）

【個人番号確認】
□記入有　（保護者・配偶者・子）
　└□書類有
　　□マイナンバーカード　□通知カード
　　□住民票
　└□書類無　→　□同意有
□記入無　（保護者・配偶者・子）
　→　□同意有

【伝達事項】
□当日交付不可（郵送希望）
□情報照会希望
□連絡事項・メモ入力あり

◆保険情報（保険情報コピーがない場合は、下記の【1】または【2】をご記入ください）

【1】	記号		番号		保険者番号		保険者名称	□江戸川区国保
【2】	情報照会	□ 個人番号を利用し、加入している健康保険の情報照会を行うことに同意します			保険の種類	社会保険・国保組合・共済組合・船員保険		
		□ 対象児童は健康保険に加入しています または 加入予定です			被保険者名	□同居 □別居		

連絡事項

受付		入力		交付		確認	

出生
転入
生保廃止
その他
（　／　）

「健康保険証等」貼付欄

※「健康保険証等（資格確認書等 保険情報がわかるもの）」の写しを貼付してください。

【 郵 送 申 請 の 場 合 】

「個人番号確認書類（保護者・配偶者・子）」「本人確認書類」貼付欄

※「個人番号（マイナンバー）確認書類」と「本人確認書類（免許証等）」の写しを貼付してください。
※住民票等、貼付欄に収まりきらない場合は貼り付けせずに同封してください。

問合せ
〒132-8501 江戸川区中央1－4－1
江戸川区 児童家庭課医療費助成係
03(5662)8578(直通)