第１号様式

番号確認		□個人番号カード　□通知カード　□住民票
身元確認	1点	□個人番号カード　□身体・療育・精神手帳 □在留カード・特別永住者証明書　□旅券 □運転免許証　□その他（　　）
	2点	□資格確認書　□年金手帳　□戸籍謄本 □児扶証書　□その他（　　）

担当	係長	課長

記載例

㊫ 小児医療証交付申請書

（宛先）川崎市長

※ 医療証の受給者番号

小児の医療費助成に係る医療証の交付を申請します。
助成を受けるに当たり必要な限度で、所得状況その他助成に関する事項の調査に委任します。

父母がともに小児を監護している場合は、所得の高い方が申請者となります。
他方を配偶者欄に記入してください。

申請年月日	令和６年１２月　１日

1 申請者	フリガナ	カワサキ	タロウ	住所	（〒 210-1234　）
	氏名	川崎（原則として父母のうち、所得の高い方）	太郎		川崎市●●区▲▲区■■１丁目22番3号
	生年月日	昭和55年　6月　7日生			電話番号　044－234－5678
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			今年の1月1日現在の住所 同上
	配偶者の有無	①有　2無			
	小児との続柄	①父　2母　3その他（　）			前年の1月1日現在の住所 同上
2 配偶者	フリガナ	カワサキ	ハナコ	住所	申請者住所と ①同じ　2異なる） （〒　）
	氏名	川崎	花子		
	生年月日	平成元年　2月　3日生			
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8			
3	フリガナ	カワサキ	イチロウ	住所	申請者住所と ①同じ　2異なる） （〒　）
	氏名	川崎	一郎		
	生年月日	令和6年　11月　1日生（0歳）			
	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3			

小児の資格確認書等に記載されているとおりに記入してください。

国保…国民健康保険・国民健康保険組合
組合…健康保険組合
協会…協会けんぽ（全国健康保険協会）
日雇…日雇健康保険
船員…船員保険
共済…共済組合

4 小児の加入保険状況	保険の種類	1国保　②組合　3協会　4日雇　5船員　6共済		
	被保険者等 世帯主・組合員・被保険者の氏名	川崎　太郎	小児との続柄	①父　2母　3その他（　）
	被保険者記号及び番号	記号 は　番号 9876	保険加入日	令和6年　11月　1日
	保険者 保険者番号	0012345		
	保険者 保険者名	▲▲健康保険組合		

5 小児と申請者との関係	申請者による監護の有無	①有　2無	他制度適用の有無	生活保護	1有　②無
	同一生計の有無（申請者が父母の場合）	①有　2無		重度障害者医療	1有　②無
	生計維持の有無（申請者が父母以外の場合）	1有　2無		ひとり親家庭等医療	1有　②無

＜令和６年１２月＞