

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 ()	

対象小児の加入保険情報		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		確認
	決裁			年 月 日		
入力	年 月 日			確認	年 月 日	

新規申請記載例

健康保険証交付申請書（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

横浜市

【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） ヨコハマ タロウ 横浜 太郎	配偶者 ヨコハマ ハナコ 横浜 花子
生年月日	平成2年 7月 24日	平成4年 5月 17日
現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象小児と同住所 <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 住所地	本年 <input checked="" 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 checked="" 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】
	前年 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input checked="" type="checkbox"/> 横浜市以外【神奈川県川崎市】	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input checked="" type="checkbox"/> 横浜市以外【神奈川県川崎市】
個人番号		

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）		資格取得日	年 月 日
氏名	ヨコハマ ミナト 横浜 みなと	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
現住所	横浜市中区本町6-50-10	生年月日	令和2年 4月 1日
対象小児の加入保険情報		保護者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）
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 type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり	被保険者氏名	横浜 太郎	
<input checked="" type="checkbox"/> 記入のとおり	理由： <input checked="" type="checkbox"/> 資格取得101 <input type="checkbox"/> 市外転入01 <input checked="" type="checkbox"/> 出生・制度該当03 <input type="checkbox"/> 生保廃止05 <input type="checkbox"/> 他制度該当06 <input type="checkbox"/> その他08（ ） <input type="checkbox"/> 区間転入（ ）	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	被保険者氏名	月 日
<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（ ）		
<input type="checkbox"/> 再交付501	転出先の住所		
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損・破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

【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。)

【備考欄】

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

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）	配偶者
	フリガナ ヨコハマ タロウ 横浜 太郎	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"/> 対象小児と同住所 <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	前年
	<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"/> 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"/> 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
氏名	フリガナ ヨコハマ ミナト 横浜 みなと						性別	生年月日
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	保険加入日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 保険証の写しのとおり <input type="checkbox"/> 記入のとおり		被保険者氏名		
<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
				決裁	年 月 日
入力	年 月 日				確認