

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

□0歳
□1歳以上

（申請先・届出先・同意先）
横浜市長

令和 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。

受給者番号

対象小児（今回申請する小児のみ）

氏名 阿ガナ 性別 男・女 生年月日 平成令和 年 月 日
現住所 横浜市 保護者との続柄 □子 □その他（ ）
対象小児の加入保険情報 □添付のとおり 保険者番号 資格取得日 令和 年 月 日
□記入のとおり 被保険者氏名

申請者（保護者）

氏名 保護者（所得が高い方） 阿ガナ 配偶者 阿ガナ
日中の連絡先（TEL）（ ）（ ）
生年月日 昭和・平成 年 月 日 昭和・平成 年 月 日
現住所 □対象小児と同住所 □他住所【 】 □対象小児と同住所 □他住所【 】
1月1日の住所地 本年 □市内 □海外【国名】 □市内 □海外【国名】
□市外【 都道府県 市区町村】 □市外【 都道府県 市区町村】
前年 □市内 □海外【国名】 □市内 □海外【国名】
□市外【 都道府県 市区町村】 □市外【 都道府県 市区町村】
個人番号

□資格取得101 資格取得日 令和 年 月 日
理由 □市外転入01 □出生・制度該当03 □生保廃止05 □他制度非該当06
□その他08（ ） □区間転入02（ 区から転入）

変更 □区内転居401 今までの住所
□氏名変更401 今までの氏名
□保護者変更402 変更日 令和 年 月 日 今までの保護者氏名
理由 □離婚 □死別 □その他（ ）
□加入保険変更402 □添付のとおり 保険者番号 資格取得日 令和 年 月 日
□記入のとおり 被保険者氏名

□資格喪失102 喪失日 令和 年 月 日
理由 □市外転出11（ ）
□死亡13 □生活保護開始15 □他制度該当16（ ） □その他18（ ）

□再交付501 □紛失 □汚損・破損 □未着 □その他（ ）

【備考欄】

証交付年月日 令和 年 月 日 証回収年月日 令和 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 令和 年 月 日 不交付 住記 保険 確認
決裁 令和 年 月 日
入力 令和 年 月 日 確認 令和 年 月 日

変更申請記載例

療証交付申請書（兼同意書）小児医療対象者異動等届出書

0歳
 1歳以上

（申請元） 届出元（同意元）
横浜市

令和 6年 7月 1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。

お子さまの氏名・受給者番号等をご記入ください。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。

受給者番号

1 2 3 4 5 6 7

対象小児（今回申請する小児のみ）

氏名	フリガナ ヨコハマ ミナト 横浜 みなと	性別	男・女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	平成 令和 2年 7月 15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（ ）

【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。

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	ヨコハマ ハナコ
		横浜 太郎	横浜 花子
日中の連絡先（TEL）		080-0000-△△△△	080-0000-△△△△
生年月日		昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 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"/> 対象小児と同住所 <input type="checkbox"/> 他住所【 】
1月1日の住所地	本年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】
	前年	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 海外【国名】 <input type="checkbox"/> 市外【 都道府県 市区町村】
個人番号			

資格取得101	資格取得日	令和 年 月 日
	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）

変更	<input type="checkbox"/> 区内転居401	今までの住所			
	<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	令和 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 checked="" type="checkbox"/> 添付のとおり	保険者番号		資格取得日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 記入のとおり	被保険者氏名			

資格喪失102	喪失日	令和 年 月 日
	理由	<input type="checkbox"/> 市外転出11（ ） <input type="checkbox"/> 死亡13 <input type="checkbox"/> 生活保護開始15 <input type="checkbox"/> 他制度（ ） <input type="checkbox"/> その他18（ ）

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
保険証の添付がある場合は「添付のとおり」に✓をすれば記載不要となります。
添付が出来ない場合には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	入力	令和 年 月 日	確認	令和 年 月 日	区受付
	係員				