

# 子ども医療費助成制度 受給資格認定申請書

※収受印

太枠内をご記入ください。(※印の部分は記入しないでください。)

以下のとおり子ども医療費助成制度の受給資格の認定を申請します。

世田谷区長 あて

年 月 日

保護者 住所  
(生計中心者)

日中連絡の取れる電話番号(自宅・携帯) - -

(フリガナ)

氏名

生年月日

年

月

日

認

定  
申  
請

の  
対  
象

と  
な  
る

子  
ど  
も

(すでに世田谷区の乳幼児・子ども医療証を持っている子どもは記入不要)

1	氏名	フリガナ	生年月日	性別	※受給者番号
	上記保護者との同居 1 同居 2 別居 →	2の場合別居先住所	上記保護者との続柄	1 子 2 その他( )	※交付・却下日 . . .
	加入健康保険	記号	番号	世帯主 組合員 被保険者氏名	窓・SKY未・〒・未交付 ※資格取得日 . . .
	保険者名	国民健康保険 健康保険組合	国民健康保険組合 共済 全国健康保険協会	出生・転入日( . . . ) 申請月初日・他制度廃止 その他( )	保険者番号(右づめで記入)
2	氏名	フリガナ	生年月日	性別	※受給者番号
	上記保護者との同居 1 同居 2 別居 →	2の場合別居先住所	上記保護者との続柄	1 子 2 その他( )	※交付・却下日 . . .
	加入健康保険	1と同じ健康保険の場合は、同上に○をつけてください。 異なる場合は以下に記入してください。 同上			窓・SKY未・〒・未交付 ※資格取得日 . . .
	保険者名	国民健康保険 健康保険組合	国民健康保険組合 共済 全国健康保険協会	出生・転入日( . . . ) 申請月初日・他制度廃止 その他( )	保険者番号(右づめで記入)
3	氏名	フリガナ	生年月日	性別	※受給者番号
	上記保護者との同居 1 同居 2 別居 →	2の場合別居先住所	上記保護者との続柄	1 子 2 その他( )	※交付・却下日 . . .
	加入健康保険	1と同じ健康保険の場合は、同上に○をつけてください。 異なる場合は以下に記入してください。 同上			窓・SKY未・〒・未交付 ※資格取得日 . . .
	保険者名	国民健康保険 健康保険組合	国民健康保険組合 共済 全国健康保険協会	出生・転入日( . . . ) 申請月初日・他制度廃止 その他( )	保険者番号(右づめで記入)

※備考

不備書類  
児童手当

健康保険情報 その他( )

申請済み(認定番号

)・公務員

保護者区外・その他( )

受付	入力	確認1	確認2