

# 記入見本

栗東市安養寺一丁目13-33

医療種別

子ども医療	<input type="checkbox"/> 40259525	<input type="checkbox"/> 40251522
受給開始日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
確認日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	

お子様が加入している健康保険について記入してください。

3

助成対象者

個人番号

リットウ ハナコ

栗東 花子

1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1

お子様の住所、氏名、性別、生年月日 を記入してください。マイナ保険証の場合は、お子様のマイナンバー(個人番号)を記入してください。

2

お子様の保護者を記入してください。

保護者

リットウ タロウ

栗東 太郎

男

父

昭和60年 3月 3日

加入保険

被保険者・世帯主 栗東 太郎

住所(助成対象者と異なる場合のみ記入)

記号 123 番号 456789 保険者番号 250522

保険者名 栗東市 協健 健保 共済 (国保)

取得事由	喪失事由	更新事由
<input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 親・身障より	<input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 年次更新 <input type="checkbox"/> 制度改正

5

・申請者欄には②(保護者)の住所・氏名・電話番号を記入してください。  
・電話番号については、日中つながりやすい番号の記載をお願いします。

上記のとおり交付申請をします。  
なお、申請にあたり、助成対象者及び世帯員・扶養義務者について、住民基本台帳の閲覧及び所得内容の照会について、また、加入医療保険から高額療養費又は附加給付金を支給されたときは、先に栗東市が医療機関等に支払った高額療養費を請求する旨を医療機関等に通知してください。

4

令和〇年 〇月 〇日

栗東市 申請者 記入した日付を書いてください。

住所 栗東市安養寺一丁目13-33

氏名 栗東 太郎

電話番号 077-551-0316