

【子ども医療証交付申請書 記入例】

様式第4号（第6条関係）

年齢拡大用

子ども医療証交付申請書

① 年 月 日

(宛先)
枚方市長

②

申請者 住所
氏名
対象者との続柄 ()
電話番号 () -
FAX () -

子ども医療証の交付を次のとおり申請します。
交付の対象者であることを確認するため、必要に応じて、関係機関に照会することに同意します。

③ 対象者（子ども）	フリガナ	受給者番号	記入不要
	氏名	資格始期	2023. 8. 1
	住所	生年月日	
		個人番号	
		※ 1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日	
④ 保護者	フリガナ	対象者との続柄	
	氏名	生年月日	
	住所	個人番号	
		※ 1月2日以降転入した方 転入日 年 月 日	
⑤ 加入医療保険	被保険者又は組合員氏名	記入不要	
	記号		
	保険者名称		
	資格取得日		

	受付印	入力	確認

① 申請書の提出日（郵送日）を記入してください。

② 申請者（保護者）の住所、氏名、対象者（お子様）との続柄、連絡先を記入してください。
※保護者とは、主たる生計維持者（例：父の健康保険に加入している場合は父が保護者）となります。

③ ・印字されている内容を確認してください。
・個人番号（マイナンバー）を記入してください。
・住所を記入してください。申請者と同じであれば、「同上」と記入してください。

④ ・保護者の方の氏名、続柄、生年月日、個人番号（マイナンバー）を記入してください。
・住所を記入してください。申請者と同じであれば、「同上」と記入してください。

⑤ ・加入医療保険情報は記入不要です。
・お子様の健康保険証の写しを左端の貼付欄にのり付けしてください。

お子様の健康保険証（写）貼付欄 ※ここにのり付けしてください。

【福祉医療費助成償還依頼書 記入例】

福祉医療費助成 償還依頼書

(宛先)
枚方市長

医療機関に支払った医療費について、受給している医療費助成制度適用後の自己負担額が、1か月の上限額を超えたものについては、下記の金融機関口座へ振り込みを依頼します。

① 年 月 日

② 申請者 (保護者)	住 所		
	氏 名	対象者との続柄 ()	
	電 話	-	-
	F A X	-	-

③ 対象者 (お子様)	氏 名		
	生年月日		

振込先(口座名義人)

(フリガナ)		対象者 との 続 柄	
④ 口座名義			

⑤ ① ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名 ・ コード		店 名 ・ コード	
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
	<input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号 (右詰め)	
	<input type="checkbox"/> 当座		

⑤ ② ゆうちょ銀行

振込用の店番・口座番号がわからない場合は、預金通帳の「記号・番号」をご記入ください。

金融機関名	ゆうちょ銀行	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
コード	9 9 0 0		
店 番		口座番号	
店番・口座番号 が不明な場合	記 号	(※)	番 号

(※) 記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、空欄にしてください。

事務処理欄

受給者番号 (8 6)	受 付 印	入 力
記入不要		

① 依頼書の提出日(郵送日)を記入してください。

② 申請者(保護者)の住所、氏名、対象者(お子様)との続柄、連絡先を記入してください。

③ お子様の氏名、生年月日を記入してください。

④ ・振込先の口座名義、対象者との続柄を記入してください。
・振込先は保護者の方の口座を記入してください。

⑤ ・振込を希望する金融機関を記入してください。
・振込先は保護者の方の口座を記入してください。
・「ゆうちょ銀行以外」か「ゆうちょ銀行」のどちらか一方を記入してください。