

子ども医療費受給者証交付申請書 記入例

要綱第1号様式（規則第2条関係）

子ども医療費 京都市子ども医療費 受給者証交付申請書

(宛先) 京 都 市 長		令和 5 年 8 月 1 日	
申請者の住所 京都市 中京区 烏丸通御池下る虎屋町566-1 御池マンション710号 (電話) 251 - 1123 (携帯) 090 - 1234 - 〇〇〇〇		申請者の氏名 京都 みやこ 子どもとの続柄 (母)	
京都市子ども医療費支給条例第4条第1項の規定により受給者証の交付を申請します。			
保護者	住所	☒ 申請者に同じ	
	フリガナ	キョウト タロウ	生年月日
	氏名	☐ 申請者に同じ 京都 太郎	平成 4 年 2 月 2 日
	子どもとの続柄	01:父 02:母 03:祖父 04:祖母 05:おじ 06:おば 07:その他()	
子ども	住所	☒ 申請者に同じ	
	フリガナ	キョウト ハナコ	生年月日
	氏名	京都 花子	令和 5 年 7 月 25 日
子どもの加入医療保険	被保険者の住所	☐ 申請者に同じ	
	被保険者の氏名	子どもとの続柄 ()	子どもの資格取得年月日
	証記号・番号	保険者番号	
	証発行機関の名称	電話	
	☐ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり		
付加給付等	☐ 無 ☐ 有 (内容) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。		

注1 該当する□には、レ印を記入してください。

2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

3 お子さんの加入医療保険者証（または組合員証、加入者証）のコピーを添付するか裏面に貼ってください。

※下欄は記入しないでください。

確認欄		☐ 住民基本台帳 ☐ 他制度該当(生保・障害・ひとり親)	
審査欄	認定	受給者番号	資格取得年月日
		有効期限	受給者証交付年月日
		年 月 日	年 月 日
	却下	却下通知年月日	却下理由
		11:年齢非該当 12:転出(市内・市外) 13:医療保険未加入 14:生活保護受給 15:障害者医療受給	16:ひとり親家庭等医療受給 17:子ども死亡 19:その他()

お子さんの加入医療保険証のコピーを添付するか、申請書裏面に貼ってください。

申請書記入要領

- ① 申請書を書いた日を記入します。
- ② 申請者（お父さんまたはお母さん等）の住所、電話番号、氏名、子どもとの続柄を記入します。
- ③ 保護者について記入します。
- ④ お子さんについて記入します。
- ⑤ お子さんが加入している医療保険について記入します。
※加入している医療保険の被保険者が保護者（お父さんまたはお母さん）でない場合、被保険者欄を記入します。

保険証のコピーをとるとき・貼るとき注意

被保険者名（または加入者名、組合員名、世帯主名）、お子さんの氏名、生年月日、保険の資格取得日（または認定日）、保険者名、保険者番号、記号・番号がわかるようにコピー、貼り付けをお願いします。

確認欄以下は記入しないでください。

郵送申請される方へ

- ・郵送による申請は、京都市子ども家庭支援課分室でのみお受けいたします。（窓口での申請は、京都市子ども家庭支援課分室のほか、いずれの区役所・支所の子どもはぐくみ室、京北出張所、神川出張所でも可能です。）
- ・子ども医療費受給者証、健康保険証の原本は、絶対に送付しないでください。
- ・郵送による申請において、不着等の郵便事故については、京都市は一切の責任を負いませんので、ご了承ください。

以下は、郵送申請の際、切り取って封筒に貼り、宛名としてお使いください。

〒604-8171
京都市中京区烏丸通御池下る虎屋町566-1
井門明治安田生命ビル3階
京都市子ども家庭支援課分室 行