

Graffer スマート申請「ひとり親家庭等医療費 加入医療保険の変更」

■申請ページの流れ

1. 申請トップページ（ログインまたはメールで申請）
2. 利用規約の確認
3. 入力フォーム
 - ① 申請者の情報
 - ② 受給者情報と異動（変更）内容
 - ③ 加入医療保険情報
4. 申請内容の確認
5. 申請完了

■お手元にご用意いただく書類

- ① 保険資格情報が確認できる書類

例：資格確認書、資格情報のお知らせの写真

マイナポータルの「医療保険の資格情報」のデータ いずれか

- ② 受給者証

※ 申請内容に不備や確認事項があった場合は、お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター子どもはぐくみ室（子育て推進担当）からご連絡することがあります。

申請画面見本・注意事項

【〇〇区】ひとり親家庭等医療・加入医療保険の変更

入力の状況

25%

入力フォーム

申請者の情報

氏名 必須

京都 花子



郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください。

6048571



郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

住所 必須

京都府京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町448番地



① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

生年月日（西暦） 必須

2000

年

1

月

1

日



電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください。

075-222-3939



メールアドレス 自動入力

preview-demo@example.com



一時保存して、次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

入力フォーム

受給者情報と異動（変更）内容

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例第7条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

なお、同条例第2条に係る調査(世帯状況、課税状況、医療保険資格情報、生活保護受給の有無等)を京都市が行うことについて、生計同一者全員の同意を得ています。

受給者氏名 任意

扶養者(母、父又は児童の扶養者)の氏名

☐ 届出者に同じ

受給者氏名 必須

届出者と異なる場合は入力してください。

受給者住所 任意

異動があった受給者の住所

☐ 届出者に同じ

受給者住所 必須

届出者と異なる場合は入力してください。

受給者番号 必須

扶養者(母、父又は児童の扶養者)の受給者番号

0000000

異動年月日 必須

新しい医療保険に加入した日(※)を入力してください。

※ 京都市の国民健康保険に加入している方で、転居等により記号・番号等が変更となった場合は、交付年月日を入力してください。

2026年(令和8年)



1



月

1



日

一時保存して、次へ進む

< 戻る

「届出者に同じ」を選択することで
入力を省略できます。
申請者と受給者が異なる場合は、
入力してください。

入力フォーム

加入医療保険情報

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。

被保険者の氏名 任意

届出者と同じ場合はチェックしてください。

☐ 届出者に同じ

被保険者の氏名 必須

届出者と異なる場合は氏名を入力してください。

例：山田 太郎

被保険者の住所 任意

届出者と同じ場合はチェックしてください。

☐ 届出者に同じ

被保険者の住所 必須

届出者と異なる場合は住所を入力してください。

例：京都府京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地

扶養者との続柄 必須

被保険者と扶養者の続柄を入力してください。

例：本人、父、母、...

保険資格情報が確認できる書類（扶養者） 必須

保険資格情報が確認できる書類（資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの保険資格情報画面もしくはデータ等）を添付してください。

※マイナンバーカード、健康保険証、個人番号が記載された書類等は不可

 ファイルを選択...

「届出者に同じ」を選択することで
入力を省略できます。

申請者と被保険者が異なる場合は、
入力してください。

（例）祖父を被保険者とする医療保険に
母と子が被扶養者として加入している
場合など

こちらには、扶養者*ご本人の保険資格情報が
確認できる書類を添付してください。

*母、父または児童の扶養者

児童情報

任意

最大10件まで入力可能

児童の加入医療保険に変更がある場合は、児童1人につき1件追加して回答してください。

1件目 児童情報

児童氏名 必須

京都 太郎

受給者番号 必須

0000001

保険資格情報が確認できる書類 必須

 ファイルを選択…

 追加する

「追加する」ボタンを押すと、
児童情報の入力欄が表示されます。

こちらには、お子様の保険資格情報が
確認できる書類を添付してください。

「もう1件追加する」ボタンを押すと、
2人目以降の入力欄が追加されます。

 もう1件追加する

あと9件まで追加できます

付加給付等 必須

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」を選択して給付の内容を記入してください。

（例：自立支援医療、小児慢性特定疾病医療費助成、特定医療費助成（指定難病）等）

☐ 無

☐ 有

付加給付等の内容 必須

付加給付等が「有」の場合、給付の内容を入力してください。

給付の内容を記入してください

0/500

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

 戻る