

こども医療費受給者証交付申請書

氏名	個人番号	住所	受給者番号
(フリガナ) アカシ ハル 明石 はる 2025年 7 月 1 日生		明石市 中崎1丁目5番1号	
(フリガナ) 年 月 日生		同上	
(フリガナ) 年 月 日生		同上	
(フリガナ) 年 月 日生		同上	
(フリガナ) アカシ トキ 明石 時 1995年 4 月 1 日生		1. こどもと同じ 2. その他 { }	☐ データなし ☐ 同意書依頼済
(フリガナ) アカシ ウミ 明石 海 2000年 1 月 1 日生		1. こどもと同じ 2. その他 { }	☐ データなし ☐ 同意書依頼済
加入医療保険 裏面に記載のとおり	保護者の方の「2025年1月1日」の住所が明石市以外の場合、ご記入ください。		
備考欄 ☒ 旧住所送付希望	明石市大明石町1丁目6-1		
保護者の方の「2025年1月1日」の住所が明石市以外の場合、ご記入ください。			
保護者全員のご署名をお願いします。			
上記のとおりこども医療費受給者証の交付を申請します。 なお、この事業について明石市が兵庫県からの補助金の交付を受けるにあたり、中学校卒業年度までのこどもが申請対象の場合は必要な所得状況を調査することについて同意します。			
2025年 7 月 10日	申請者	保護者氏名（申請者） 明石 時 保護者氏名（配偶者） 明石 海	連絡先 ☒ （申請者） 090 - 1234 - 5678 ☐ （配偶者） 080 - 1234 - 5678
明石市長様			

事務 処理 欄	申請事由		☐ 出生 ☐ 転入 ☐ 保険加入 ☐ 生保廃止 ☐ その他（ ）		有効期間	R 年 月 日から R 年 月 日まで	受付印
	本人確認書類		☐ 免許 ☐ 個力 ☐ その他（ ）			<備考>	
	受付	保険確認	証発行	確認	証交付		
		国・A・B・C			☐ 窓口		
		マイナポータル			☐ 郵送 （ / ）		
		☐ 確認済					

添付書類について

1

申請するこどもが加入している健康保険の種別を選択してください

☐ 明石市国民健康保険

☒ それ以外

健康保険に関する添付書類は不要です
※明石市国民健康保険への加入が確認できない場合は受給者証を返還いただく場合があります

2

加入健康保険の資格を確認する方法を次の【A】～【C】から選んでください
選択のない場合は、【C】の方法で資格確認します

☐ 【A】健康保険資格確認書（健康保険証）

健康保険資格確認書のコピーを添付してください

貼り付け欄（別添可）

☒ 【B】マイナポータル画面

マイナポータル画面を参考に、以下の枠内を記入してください
※窓口での手続きの際は、画面の提示をお願いします

記 号	12345678	番 号	9012	資 格 取 得 年 月 日	こども①	2025 年 7 月 1 日
被保険者 氏 名	父 ・ 母 ・ その他 「その他」を選択された方は以下に被保険者氏名をご記入ください。				こども②	年 月 日
	保 険 者 番 号	9 8 7 6 5 4 3 2			こども③	年 月 日
	保 険 者 名 称	健康保険組合名をご記入ください。（例：全国健康保険協会兵庫支部） 〇〇〇〇健康保険組合			こども④	年 月 日

☐ 【C】個人番号を利用した情報照会（即日交付はできません）

健康保険に関する添付書類は不要です
申請日から1か月以内に健康保険の資格が確認できない場合は、本申請は却下となります

3

※郵送で申請する方のみ
保護者（父または母）の身分証明書のコピーを添付してください

貼り付け欄

（身分証明書の例）

・ 運転免許証

・ 在留カード、特別永住者証明書

・ マイナンバーカード

・ 身体障害者手帳

・ パスポート など