

こども医療費受給者証交付申請書

こども①	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号																受給者番号
	住所	明石市																	
こども②	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号																受給者番号
	住所	同上																	
こども③	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号																受給者番号
	住所	同上																	
こども④	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号																受給者番号
	住所	同上																	
保護者(申請者)	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号																□データなし □同意書依頼済
	住所	1. こどもと同じ 2. その他 ()																	
	2026年1月1日の住民登録地	1. 明石市 2. 明石市外 (都道府県 市区町村)																	
保護者(配偶者)	氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日生	個人番号																□データなし □同意書依頼済
	住所	1. こどもと同じ 2. その他 ()																	
	2026年1月1日の住民登録地	1. 明石市 2. 明石市外 (都道府県 市区町村)																	
加入医療保険		裏面に記載のとおり																	
備考欄		□旧住所送付希望 ()																	
<個人番号について> 本申請書においては個人番号の記載がないことで不利益を受けることはありません。個人番号の記入を希望しない場合は、右の□欄にチェックを入れて、上記の個人番号欄は空白としてかまいません。 □申請者（保護者）が個人番号の記入を希望しない。 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。 年 月 日 申請者 保護者氏名（申請者） 保護者氏名（配偶者） 連絡先 □（申請者） - - □（配偶者） - - ↑優先する連絡先に☑チェックをいれてください 明石市長様 ※こどもが中学校を卒業し、こども本人が生計を維持している場合はこども本人が申請者になります。																			

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 マイナポータル □確認済			□窓口 □郵送 (/)		

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して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		番 号		資 格 取 得 年 月 日	こども①	年	月	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
					こども③	年	月	日
保険者 番 号					こども④	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）							

☐ 【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

・ マイナンバーカード

・ 在留カード、特別永住者証明書

・ 身体障害者手帳

・ パスポート など