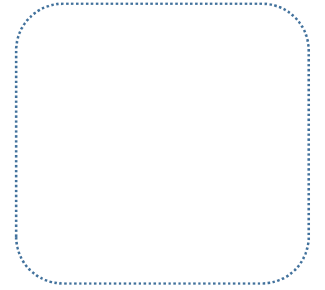


第1号様式

子ども医療費助成制度医療証交付申請書  
(高校生等医療費助成制度医療証交付申請書)

品川区長 あて

下記のとおり、医療証の交付を申請します。なお、認定審査および医療給付に  
関して、私の世帯の公簿等を調査することに同意します。



申請日		年 月 日						
申請者	フリガナ					生年月日		
	氏名					年 月 日		
	個人番号							
	住所	品川区				電話 ( )		
	1月1日の住所	同上				※(1~9月申請は前年1月1日)		
	加入年金の種類	1. 厚生年金 2. 国民年金 3. その他 ( )						
配偶者	有・無	フリガナ					生年月日	
		氏名					年 月 日	
	個人番号							
	同居・別居	住所 (別居の場合のみ)						
平成17年4月2日～平成20年4月1日生まれの方についてご記入ください。								
高校生等	フリガナ	続柄	生年月日	同居 別居	医療証の交付状況			
	氏名							
		1.子	年 月 日	同 別	1. 今回請求			
		2.その他 ( )			2. 対象外			
		1.子	年 月 日	同 別	1. 今回請求			
	2.その他 ( )	2. 対象外						

※上記にご記入の**高校生等**が加入する**保険証の写し**を裏面に貼り付けてください。

事務 処理 欄	<input type="checkbox"/> 健康保険証 ( / )	認定日	年 月 日 ( )	
		送付日	年 月 日 ( )	
		本人確認	個・免・パ・在留・その他 ( )	受 付
			保・年・証書・その他 ( )	

## 高校生等の保険証の写し貼付欄

対象者全員の保険証の写しを貼り付けてください。