

子ども医療費助成 健康保険情報確認書

品川区長 あて

子ども医療費助成制度の申請にあたり、児童の健康保険情報について下記のとおり申し立てます。申し立てが真正であることの証明を求められた場合は、関係する書類を提出します。

対象児童が加入している健康保険について太枠内をご記入ください。出生等により児童の健康保険について加入手続き中の場合は、加入予定の保護者の健康保険情報をご記入ください。なお、今回申請する児童のみご記入ください。既に子ども医療証をお持ちの児童については記入不要です。

1	児童の氏名 (カタカナ可)	生年月日	年 月 日
	加入健康保険	保険者番号	世帯主・組合員 被保険者 氏名
	保険者名称	国民健康保険・国民健康保険組合 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合	
2	児童の氏名 (カタカナ可)	生年月日	年 月 日
	加入健康保険	加入保険は上記児童と 同じ・異なる ※異なる場合は、以下の欄をご記入ください。	
	保険者番号	世帯主・組合員 被保険者 氏名	
3	児童の氏名 (カタカナ可)	生年月日	年 月 日
	加入健康保険	加入保険は上記児童と 同じ・異なる ※異なる場合は、以下の欄をご記入ください。	
	保険者番号	世帯主・組合員 被保険者 氏名	
4	児童の氏名 (カタカナ可)	生年月日	年 月 日
	加入健康保険	加入保険は上記児童と 同じ・異なる ※異なる場合は、以下の欄をご記入ください。	
	保険者番号	世帯主・組合員 被保険者 氏名	
	保険者名称	国民健康保険・国民健康保険組合 健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合	

【注意事項】

健康保険情報確認書の代わりに、児童または保護者(※)の健康保険証のコピーをご提出いただいても構いません。
※児童が加入している(加入予定)の保護者の健康保険証