

## 子ども医療費助成 健康保険情報確認書

品  
子と  
申し

今回申請する児童のみ  
ご記入ください。  
既に医療証をお持ちの  
児童は記入不要です。

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。

対象児童が加入している健康保険について太枠内  
は、加入予定の保護者の健康保険情報をご記入  
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。

児童の氏名はカタカナでも  
構いません。

児童の健康保険について加入手続き中の場合  
のみご記入ください。既に子ども医療証をお持ち

1	児童の氏名 (カタカナ可)	シナガワ マチコ	生年月日	2010年1月1日
	保険者番号	12345678	世帯主・組合員 被保険者 氏名	品川 太郎
	保険者名称	〇〇〇〇 (保険組合の名称) 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)	シナガワ ハナコ	生年月日	2020年4月1日
	加入健康保険	加入保険は上記児童と <b>同じ</b> 異なる	上記児童と加入保険が 同じか異なるかどちらかに〇を つけてください。	
	保険者番号		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	上記児童と加入保険が同じ場合は、 「保険者番号」、「世帯主・組合員・ 被保険者氏名」、「保険者名称」は 記入不要です。
3	児童の氏名 (カタカナ可)	シナガワ コタロウ	生年月日	2024年10月1日
	加入健康保険	加入保険は上記児童と 同じ・ <b>異なる</b> ※同上の場合は下記に異なる部分のみご記入ください。	加入保険が異なる場合は、 すべての欄を ご記入ください。	
	保険者番号	00112233	世帯主・組合員 被保険者 氏名	品川 花美
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 ※同上の場合は下記に異なる部分のみご記入ください。		
	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