

「本人」は養育医療を受けられるお子様のこと										療 給 付 申 請 書									
本 人	ふりがな氏名	みなと たろう 港 太郎				男・女	生 年	1月 1日											
	住 所 地	郵便番号 108-8315 港区三田1-4-10				個 人 番 号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8												
	現 住 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号 123-4567 〇〇県〇〇市1-2-3				入院先の住所													
扶 養 義 務 者	ふりがな氏名	みなと いちろう 港 一郎				本人との 続柄	父			扶養義務者は子の父および母です。健康保険・所得・扶養関係は不問									
	居 住 地	郵便番号 同上				お子様と住所が同じ場合は「同上」 帰省等している場合は帰省先													
	電 話 番 号	000-0000-0000				個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0												
医療保険被保険者 記 号 番 号		記号 1000 番号 11																	
医療保険者名		港健康保険組合																	
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は 省略可能)		港医科大学病院 入院先の病院名																	
備 考																			
別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。																			
申 請 者 住 所		郵便番号		お子様と住所が同じ場合は「同上」															
同上																			
本 人 と の 続 柄 父		父・母どちらでも																	
申 請 者 氏 名 (自署又は記名押印)		「扶養義務者」と同一でなくても結構です																	
港 一郎																			
電 話 番 号		000-0000-0000																	
令和〇年 1月 1日		申請する日																	
(宛先) 港区長																			
申請受付年月日						決 定 年 月 日													
区 使 用 欄	申 請 者 本 人 確 認	1 点	個人番号カード・免許証・パスポート・在留カード・他 ()																
		2 点	資格確認書・社員証・学生証・カード・他 ()																
	申 請 者 個 人 番 号 確 認	個人番号カード・通知カード・住民票・住基台帳・他 ()																	

記載上の注意

「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

「現住地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先を記入してください。

「医療保険被保険者記号番号」の欄は、医療保険者から交付されている「資格情報のお知らせ」、マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」又は資格確認書に記載されている記号及び番号を記入してください。