

養育医療給付申請書

守谷市長 宛て				年 月 日	
申請者		住 所		〒	
		氏 名			
		電話番号			
		本人との続柄			
本 人	氏 名（ふりがな）		生年月日		
	男		年 月 日		
	女				
	住 所		個人 番号		
	現住所				
扶 養 義 務 者	氏 名（ふりがな）		本人との続柄		職業
	住 所		個人 番号		
被保険者記号番号			保険者名		
希 望 指 定 医 療 機 関	名 称				
	所在地	市 郡	町 村	番地	
必要があるときは、税務担当課に、私及び世帯調書（様式第 4 号）に記載した私の世帯員の課税状況等について確認することに同意します。 このことは、私の世帯員の同意を得ています。 また、新生児に関する情報を、上記の医療機関に提供することに同意します。 申請者氏名 _____					

養育医療給付申請書

守谷市長 宛て		令和○年年 ○月 ○日	
申請者		住所	〒302-0109 守谷市本町631番地の1
氏名		守谷 太郎	
電話番号		090-××××-××××	
本人との続柄		父	
本人	氏名（ふりがな）	男	生年月日 令和○年年 ○月 ○日
	守谷 はな	女	
	住所	守谷市本町631番地の1	個人番号 ○○○○○○○○○○123
現住所	同上	申請者と同じかたの情報を記入してください。	
扶養義務者	氏名（ふりがな）	本人との続柄	職業
	守谷 太郎	父	会社員
住所	守谷市本町631番地の1	個人番号 ○○○○○○○○○○456	
被保険者記号番号 ○○○ ●●●●●●		保険者名 ○○健康保険協会 ○○支部	
希望指定医療機関	名称	もりや大学付属病院	
	所在地	茨城県守谷市大柏	町村 950番地の1
国保の場合は「守谷市」と記入してください。			
入院している医療機関を記入してください。			
※以下のいずれかで「記号・番号・保険者名」を確認のうえ、記入してください。 ①会社や自治体から届いた「資格情報のお知らせ」 ②スマホの「マイナポータルアプリ」（ログイン後、メニューの「健康保険証」から確認） ③マイナ保険証をお持ちでないかたに交付される「資格確認書」			
必要があるときは、税務担当課に、私及び世帯員の課税状況等について確認することに同意します。 このことは、私の世帯員の同意を得ています。 また、新生児に関する情報を、上記の医療機関に			
申請者氏名 守谷 太郎			
私の世帯員			