

ひとり親家庭等医療費受給資格証（交付・更新）申請書

記入例

岡山市長様

標記ひとり親家庭等医療費受給資格証の交付を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり、養育者、対象児童並びに養育者及び対象児童と同じ医療保険に加入している被保険者全員に係る地方税関係情報・生活保護の受給状況・医療保険の加入状況・年金等の受給状況・児童扶養手当の受給状況・世帯構成の状況を公簿等により確認すること（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号。以下「番号法」という。）に基づき特定個人情報取得することを含む。）に同意します。

公簿等により地方税関係情報が確認できない者は、課税となるような所得を得ていないことを申告します。

また、高額療養費等について岡山市が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費等のうち、過払い相当額を岡山市へ支払います。

令和7年 8月 1日

フリガナ		オカヤマ ハナコ																				
申請者氏名 (養育者)		岡山 花子																				
申請者住所 (養育者)		〒700-8546 TEL (086) 803 - 1219 岡山市北区大供1-1-1																				
該当要件		1. 死別 2. 離別 3. 遺棄 4. その他 ()																				
氏 名		続柄	生 年 月 日		同 居 別 居	学校区分等				受給者番号												
申請者 (養育者)	フリガナ	オカヤマ ハナコ	本人	昭	平	62	年	1	月	1	日	同	別	1. 小学生以下								
	岡山 花子	3		2. 中・高校生等 (年)										3		その他 ()						
対象児童	フリガナ	オカヤマ タロウ	子	平	令	19	年	5	月	2	日	同	別	1. 小学生以下								
	岡山 太郎	2		2. 中・高校生等 (2年)										3		その他 ()						
	フリガナ	オカヤマ サクラ	子	平	令	25	年	6	月	3	日	同	別	1. 小学生以下								
	岡山 さくら	2		2. 中・高校生等 (年)										3		その他 ()						
	フリガナ	オカヤマ モモ	子	平	令	6	年	1	月	1	日	同	別	1. 小学生以下								
	岡山 もも	2		2. 中・高校生等 (年)										3		その他 ()						
フリガナ	小学生未満の乳幼児、心身の資格をお持ちの方も、 氏名・生年月日（受給者番号は空欄）を記入してください。																					
養育者と同じ医療保険に加入している者	被保険者又は世帯主の氏名	岡山 好子	養育者の続柄	母		加入医療保険 記号番号		1101				1203										
	保険者名 (発行機関名)	全国健康保険協会岡山支部				保険者番号		0 1 3 3 0 0 1 8														
	養育者及び養育者と同じ医療 保険に加入している者	氏名	資格取得年月日		個人番号																	
		岡山 好子	平	令	25	年	10	月	10	日	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
		岡山 花子	平	令	25	年	10	月	10	日	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5
		岡山 太郎	平	令	25	年	10	月	10	日	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6
		岡山 さくら	平	令	25	年	10	月	10	日	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7
	岡山 もも	平	令	6	年	1	月	1	日	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
	○被用者保険（社会保険）の場合 被保険者と受給資格者全員の内容を記入してください。 ○国民健康保険・国保組合の場合 加入医療保険世帯全員の内容を記入してください。																					

※養育者、対象児童並びに養育者及び対象児童と同じ医療保険に加入している被保険者全員の個人番号確認書類を所持し、ひとり親家庭等医療費受給資格証の交付を関係書類を添えて申請します。（同意しない場合は、医療保険の加入状況の確認に必要な書類等を提出してください。）

☐ 同意する ☐ 同意しない

※養育者、対象児童並びに養育者及び対象児童と同じ医療保険に加入している被保険者のうち、該当年度の1月1日時点で岡山市に住民票が無い方については課税所得証明書又は様式第1号の2（番号法に基づく地方税関係情報の確認を希望する場合）の提出が必要です。

（裏面に続く）

※対象児童が、養育者と異なる医療保険に加入している場合

養育者と異なる医療保険に加入している者	被保険者又は世帯主の氏名		養育者の続柄		加入医療保険記号番号												
	保険者名(発行機関名)					保険者番号											
	医療対象児童及び加入対象児童と同一の被保険者	氏名		資格取得年月日		個人番号											
				平令	年	月	日										
				平令	年	月	日										
				平令	年	月	日										
				平令	年	月	日										
				平令	年	月	日										
		平令	年	月	日												
		平令	年	月	日												

※対象児童が、養育者と異なる住所の場合

対象児童	フリガナ		住 所	
	氏 名			
	フリガナ		住 所	
	氏 名			
	フリガナ		住 所	
	氏 名			
	フリガナ		住 所	
	氏 名			
フリガナ		住 所		
氏 名				

ここから下の欄には記入しないでください

岡山市記入欄

本人確認書類	免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他 ()						
認定年月日	年	月	日	システム入力日	年	月	日
資格証始期	年	月	日	資格証発送日	年	月	日
資格確認書類	児童扶養手当 (新規 ・ 認定中) ・ 戸籍 ・ その他 ()						
所得確認書類	簡易申告 ・ 公簿 ・ 所得証明 ・ 情報連携 ・ その他 ()						
所得区分	低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 一般 ・ 一定						
保険情報確認書類	保険証 ・ 情報連携 ・ 資格確認書 ・ その他 ()						
差額申請書	受付済 ・ 未受付			心身認定	有 ・ 無		
子ども医療 証回収	済 ・ 未 ・ 返信用封筒交付済			子ども医療 入院証	非該当 ・ 申請済 ・ 未申請 ・ 案内済		
備 考							