

記入例

様式第1号（第2条）

養育医療給付申請書

年 月 日

日立市長 殿

住所 日立市助川町1-1-1
 (フリガナ) ヒチ タウ
 氏名 日立 太郎
 0294 (22) 3111
 電話番号 090 (1111) 1111
 本人との続柄 父

申請者は、保護者（扶養義務者）となります。

住民票上の住所を記入してください。

申請書類内容について、確認を行う場合に、連絡先が必要となりますので、必ず記入してください。
 ※日中ご不在が多い方は、自宅以外に日中連絡がとれる電話番号もご記入ください。

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

赤ちゃんの名前を記入してください。

本人	フリガナ氏名	<u>ヒチ 太郎</u> <u>日立 一郎</u>	(男)・女	生年月日	平成28年1月1日	
	住所	<u>日立市助川町1-1-1</u>				
	現在地	<u>水戸市双葉台3-3-1</u>				
	個人番号	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1</u>				
扶養義務者	氏名	<u>日立 太郎</u>	本人との続柄	父	職業	会社員
	住所	<u>日立市助川町1-1-1</u>				
	個人番号	<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</u>				
被保険者証の記号番号	<u>12-1234567</u>		保険者名	全国健康保険協会〇〇支部		
希望指定医療機関	名称	茨城県立こども病院				
	所在地	水戸市双葉台3-3-1				

現在所在している住所を記入してください。病院等に入院している場合はその住所を記入してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。
 （H28.1～番号法の施行に伴い、養育医療給付申請の際に個人番号の記載が必要となりました。）

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、その住所を記入してください。

【添付書類】

- (1) 養育医療意見書（様式第2号）
- (2) 世帯調書（様式第3号）
- (3) 健康保険証の写し

保険証に記載の名称を記入してください。
 国保加入の場合：市町村名
 健保加入の場合：健康保険組合名

【申請場所】

日立市健康づくり推進課（日立市助川町1-15-15 日立市保健センター）
 受付時間 平日 8:30~17:15