

Filling in example 記入例 (英語)

様式第1号(その1)(第3条関係) 9999
R6.4 制度拡大用 子ども医療費受給者証交付申請書 (新規)
 豊田市長様 豊田市医療費助成条例第9条第1項の規定により、医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者証番号 3 1 2

Applicant
 Date of filing in Reiwa 6 年 0 4 月 0 7 日
 Address 豊田市西町3丁目60
 Current address (Fill in only if your current address is different from the one printed above):
 Name S M I T H J O H N
 Tel. 0 7 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Child
 Notification No. 99999999 D.O.B. 平成 19 年 1 月 1 日
 Furigana スミス ジョン
 Name SMITH JOHN

Enrolled insurance
 Insurer ABC 健康保険組合 Insurer No. 99999999
 Insured person スミス マーク
 Code-Number 1 2 3 4 - 5 6 7 8
 Are there any changes to the above health insurance information? No Yes (Fill in information below and attach a copy of the health insurance card)
 No insurance information (Fill in information below and attach a copy of the health insurance card)
 Insurer No. 0 1 2 3 4 5 6 7
 Insurer 全国健康保険協会 愛知支部
 Insured person S M I T H M A R Y
 Code-Number 9 8 7 6 5 4 3 2 - 1 0 0 0

Guardian
 Name スミス マーク
 Guardian's name above: Leave as it is I want to change (The guardian must be a resident of Toyota City)
 Name S M I T H M A R Y
 FURIGANA スミス メアリー
 D.O.B. 1 9 8 5 年 0 1 月 0 1 日

Information of the applicant

Provide current address only if there has been a change from the printed address.

Enter the name of the applicant (eligible child or parent) and a reachable phone number.

Information of insurance which is enrolled

Check the information on your current health insurance card. If the information printed on the form are the same tick なし(No); if they are different tick あり(Yes).
 If the box 保険情報なし (No Insurance Information) is already ticked, there is no need for you to place a tick.

For those who have chosen あり or have a tick printed on the box 保険情報なし, please complete this section and enclose a copy of the health insurance card.
 ※ Application will not be accepted if no copy is attached.

Information of the guardian

The name of the householder will be printed as the guardian on the certificate. If it is acceptable to you, tick このままでよい(Leave as it is); if you want to change, tick 変更したい(I want to change). If no guardian lives in Toyota City, tick 豊田市内に保護者が誰もいない and no further fields need to be filled in.

Those who have chosen 変更したい, please complete this section.
 ※The guardian must be a resident of Toyota City.

The sending of the beneficiary certificate may be delayed if there are any deficiencies in the application. Please ensure to check once again the application before submission.

Attention

・ The application form will be scanned electronically, so please fill in each box carefully with one letter per space, be it katakana or alphabet letters.

・ How to fill in health insurance code number
 (E.g., 1) 記号 1 2 A - 3 4 5 番号 6 7 8 枝番 0 3

Fill in → 『1 2 A - 3 4 5 - 6 7 8』

※There is no need to fill in the 枝番 (branch number)

(E.g., 2) 記号 No description 番号 1 2 3 - 4 5 6 7

Fill in → 『1 2 3 - 4 5 6 7』

・ The name of the guardian will be printed here.

愛知県内のみ有効

見本

子 医療費受給者証

受給者番号 3 1 2 1 7 7 0 5

氏名 豊田 太郎

生年月日 平成 19 年 1 月 1 日

住所 愛知県豊田市西町3丁目60番地

保護者 SMITH MARY

有効期間 令和 6 年 4 月 1 日 から
令和 7 年 3 月 3 1 日 まで

発行機関名及び印 愛知県豊田市長

交付年月日 令和 6 年 4 月 1 日

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

《English version of this explanation》

This information is available in English on the City's website.

Please scan the QR code on the right to access the link →→→→→→→→

