|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 対象生徒氏名 |  |

高等学校等奨学給付金　健康保険証等提出用貼付台紙

|  |
| --- |
| 健康保険証等（写）貼付欄ここに、次に掲げる者の健康保険証のコピーをのり付けし**、保険証の記号・番号・保険者番号を黒塗りして提出してください。**1. 生徒本人
2. 保護者等が扶養する生徒本人の兄弟姉妹　※１

※１　申請年度の７月１日時点（前倒し給付の場合は4月１日時点）において、15歳（中学生を除く。）以上23歳未満の兄弟姉妹※２　国民健康保険で※１に該当する兄弟姉妹がいる場合は、扶養誓約書も提出してください。※３　健康保険で「被保険者」が保護者等と異なる場合は、被保険者の続柄を余白に記載してください。　**〈黒塗りの例〉**健康保険　　　　家族（被扶養者）被保険者証　　　　　　　　　　　　　　平成○年○月○日交付　　　記号　　　　　　　　　　番号　（枝番）氏名　　　　　○○　○○生年月日　　　平成○○年○月○日認定年月日　　平成○○年○月○日被保険者氏名　○○　○○事業者名称　　○○○○株式会社保険者番号　　保険者名称　　全国○○健康保険協会　○○支部保険者所在地　○○県○○市○○町○ |