

# ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

年 月 日 申請

釧路市長 あて

住所	釧路市		
方書・マンション	丁目	番	号
フリガナ			
氏名			
電話		続柄	

※太枠の中のみ記入してください。

下記の者のひとり親家庭等医療費受給者証交付申請を、必要書類を添えて申請します。なお、交付申請及び更新時に係る世帯員及び被保険者の所得調査、市・道民税課税台帳の閲覧行為に同意します。

母/父	フリガナ	氏名	受給者番号	資格開始日( . . )	証期限( . . )
		生年月日 昭・平 年 月 日	証区分 初・課 満了予定日 令和 年 月 日		
子(1)	フリガナ	氏名	受給者番号	資格開始日( . . )	証期限( . . )
		生年月日 平・令 年 月 日	証区分 初・課 満了予定日 令和 年 月 日		
子(2)	フリガナ	氏名	受給者番号	資格開始日( . . )	証期限( . . )
		生年月日 平・令 年 月 日	証区分 初・課 満了予定日 令和 年 月 日		
子(3)	フリガナ	氏名	受給者番号	資格開始日( . . )	証期限( . . )
		生年月日 平・令 年 月 日	証区分 初・課 満了予定日 令和 年 月 日		
子(4)	フリガナ	氏名	受給者番号	資格開始日( . . )	証期限( . . )
		生年月日 平・令 年 月 日	証区分 初・課 満了予定日 令和 年 月 日		

健康保険の加入状況（被保険者）※いずれかにチェック

健康保険の被保険者は同一世帯の者です。

健康保険の被保険者は同一世帯にいない次の者です。

健康保険の被保険者が同一世帯にいない場合に記載

健康保険の被保険者	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭・平	年 月 日
	住所			

※下記は記載不要です。

取得事由	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 生保廃止	<input type="checkbox"/> 保険資格取得	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 重度喪失	<input type="checkbox"/> 事実発生	<input type="checkbox"/> その他( )	
区分	<input type="checkbox"/> 生別	<input type="checkbox"/> 死別	<input type="checkbox"/> 未婚の母	<input type="checkbox"/> 配偶者が重度	<input type="checkbox"/> 遺棄	<input type="checkbox"/> 事実婚解消	<input type="checkbox"/> 養育	<input type="checkbox"/> その他( )
事実発生日	平成・令和 年 月 日	交付年月日	令和 年 月 日					
処理	<input type="checkbox"/> オンライン入力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
決裁	課長	課長補佐	専門員	主査	担当	審査	入力	受付印
備考								