

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 黒金町7丁目5番号			
方書・マンション				
フリガナ	クシロ ハナコ			
氏名	釧路 花子			
電話	0154-23-5151	続柄	本人	

※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。

申請者の
①住所
②氏名
③電話番号
④続柄
を記入してください

母/父	フリガナ	氏名	生年月日	受給者番号	資格開始日	証区分	初・課	満了予定日	令和	証期限
母/父	クシロ ハナコ	釧路 花子	昭平 45年6月10日			初・課				
子(1)	クシロ タイヨウ	釧路 太陽	平令 25年6月15日			初・課				
子(2)	クシロ ハナ	釧路 はな	平令 31年4月6日			初・課				
子(3)	クシロ ユウヒ	釧路 ゆうひ	平令 2年12月30日			初・課				
子(4)			平令 年 月 日			初・課				

対象者の
①氏名
②フリガナ
③生年月日
を記入してください

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

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 <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"/>

健康保険証の被保険者が同一世帯にいない場合は、
①被保険者氏名
②フリガナ
③生年月日
④住所
を記入してください

課長	課長補佐	専門員	主査	担当	審査	入力	受付印
備考							