

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。

下記のとおり申請します。なお、交付申請及び更新時に係る被保険者及び世帯員の所得調査、その他必要な情報を公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)により釧路市が確認することに同意します。

母/父	フリガナ	氏名	受給者番号	資格開始日(. .)	証期限(. .)
		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(. .)
		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(. .)
		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(. .)
		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(. .)
		平・令 年 月 日		証区分 初・課 満了予定日 令和 年 月 日	

加入医療保険情報	<input type="checkbox"/> 添付のとおり <input type="checkbox"/> 記入のとおり	保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合	保険者番号	
				被保険者名	

※ 健康保険の被保険者が同一世帯にいない場合に記載

世帯外の被保険者	フリガナ	生年月日
	氏名	昭・平 年 月 日
	現住所	

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"/> 18歳更新 <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"/> 地方税関係情報の取得に関する同意書
決裁	課長 総括係長 専門員 主査 係 審査 入力 受付印
備考	