

# 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			
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課税等に関する情報を公簿等(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。

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

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

加入医療保険情報	<input type="checkbox"/> 添付のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 記入のとおり	保険の種類	<input checked="" 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	010066
				被保険者名	釧路 花子

※ 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"/> その他	<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"/> 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

健康保険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

決裁	課長	総括係長	専門員	主査	係	審査	入力	受付印
備考								