

子ども医療費受給者証交付申請書

釧路市長 あて 年 月 日 申請

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。

氏名	保護者(申請者)		配偶者(□有 □無)	
	フリガナ		フリガナ	
連絡先(Tel)	()	子から見た続柄 父・母・	()	子から見た続柄 父・母・
生年月日	昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
現住所	釧路市 丁目 番 号		□申請者と同住所 □他住所 ()	

受給者番号							資格開始(. .)	証期限(. .)
① 対象者氏名	フリガナ						生年月日	
							平成 年 月 日 令和	
加入医療保険情報	□添付のとおり □記入のとおり	保険の種類	□国民健康保険 □協会けんぽ □国民健康保険組合 □船員保険 □共済組合 □健康保険組合				保険者番号	
							被保険者氏名	
年齢区分	□3未 □未就学 □小 □中 □高						証区分	□初 □課

受給者番号							資格開始(. .)	証期限(. .)
② 対象者氏名	フリガナ						生年月日	
							平成 年 月 日 令和	
加入医療保険情報	□添付のとおり □①と同じ □記入のとおり	保険の種類	□国民健康保険 □協会けんぽ □国民健康保険組合 □船員保険 □共済組合 □健康保険組合				保険者番号	
							被保険者氏名	
年齢区分	□3未 □未就学 □小 □中 □高						証区分	□初 □課

【所得確認】 □オンライン □所得証明書 □情報連携(同意書 あり・なし) □3未または中高生のため確認なし

取得事由	□転入 □生保廃止 □制度該当 □出生 □重度喪失 □ひとり親喪失 □その他()							
	処理 □オンライン入力 □						交付年月日	令和 年 月 日
決裁備考	課長	係長	係	審査	入力	受付印		