

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	クシロ タロウ	フリガナ	クシロ ハナコ
	釧路 太郎		釧路 花子	
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・	月 日	昭和・	月 日
現住所	釧路市	番 号	申請者の ①氏名 ②電話番号 ③続柄 ④生年月日 ⑤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	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	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	課長	係長	係	審査 入力 受付印
備考				