

精神障がい者入院医療費助成受給資格者登録申請書

年 月 日 申請

釧路市長 あて

保 護 者	住 所	丁 目	番 号	
	フリガナ			
	氏 名			
	対象者から見た続柄	1 親 2 配偶者 3 子() 4 その他()		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	電話番号	-	-	

※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並びに入院医療機関への入院状況等の照会に同意します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ	釧路市	丁 目	番 号	
	フリガナ			昭和	年 月 日	
	氏 名			平成	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"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 健康保険組合	
		保険者番号			被保険者名	
	医 療 機 関 名			病 名		

受給者番号		
住民となった日	昭和・平成・令和	年 月 日
資格開始年月日	平成・令和	年 月 日
受給者証期限 (75歳到達前まで)	令和	年 月 日

決 課長	総括係長	専門員	主査	係	受付印
裁				審査	入力
備考					
処理	<input type="checkbox"/> システム入力	<input type="checkbox"/> 地方税関係情報の取得に関する同意書			