

(記載例) ※黒か青のペンで書いてください。
(消えるペンで書かないでください)

函館市子ども医療費受給者証交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

函館市長様

保護者について
記載してください。

住所 ○○市 ○○町 ○丁目 (番地) ○番 ○号

申請者 氏名 市役所 太郎

電話 ○○○○-○○-○○○○

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

受給資格の認定を受けようとする者	ふりがな	しゃくしょ みどり							
	氏名	市役所 緑							
	生年月日	平成	令和	○年	○月 ○○日	平成・令和	年	月	日
	個人番号								
被保険者との続柄	住所	○○市○○町○丁目○番○号							
	被保険者との続柄	子							
医療種別	被保険者の氏名	市役所 太郎	被保険者の住所	(番地) ○○市○○町 ○丁目 ○番 ○号					
	種別	01国保一般 02国保退本 03国保退扶 04国保組合 05 協会健保 06船員 07日雇 08健保組合 09共済	付加給付	有・無					
保険	被保険者証の記号・番号	23456789	1234	任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	保険者の名称	○○○○健康保険協会○○支部	保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7					
保護者	氏名	市役所 太郎	(生年月日) 平成元年 2月 3日	受給資格の認定を受けようとする者との続柄	父				
	個人番号								
	住所	○○市 ○○町 ○丁目 (番地) ○番 ○号							

主たる生計維持者	ふりがな	しゃくしょ たろう	(生年月日)	受給資格の認定を受けようとする者との続柄	父
	氏名	市役所 太郎	平成元年 2月 3日		
	個人番号				
	住所	○○市 ○○町 ○丁目 (番地) ○番 ○号			
扶養人数	人 (うち老人 人)	所得額	円		

主たる生計維持者とは、資格の認定を受けようとする者
(お子さん)の生活費の大半を負担している方です。