

函館市ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書																
令和 年 月 日																
函 館 市 長 様																
住 所 函館市 町 丁目 番（番地） 号																
申請者 氏 名																
電 話																
次のとおりひとり親家庭等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	区 分	1 母 3 父				2 子（母子）				4 子（父子）						
	ふ り が な															
	氏 名															
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日				平・令 年 月 日				平・令 年 月 日						
	個 人 番 号															
	保 護 者 の 氏 名															
	保 護 者 と の 続 柄															
	保 護 者 と の 同居・別居の別					同 居 ・ 別 居				同 居 ・ 別 居						
	住 所															
被 保 険 者 と の 続 柄																
医 療 保 険	被 保 険 者 の 氏 名							住 所								
	種 別	01 国保一般		02 国保退本		03 国保退扶		04 国保組合		付加給付		有・無				
	記 号 ・ 番 号	05 協会健保		06 船 員		07 日 雇		08 健保組合		09 共 済						
	保 険 者 の 名 称							任意継続の有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日						
主たる生計維持者	ふ り が な							住 所								
	氏 名															
	扶 養 人 数	人（うち老人 人）						所 得 額		円						
	受 給 者 と の 続 柄															
住 所 要 件 等		☐ 該 当 ☐ 非 該 当				児 童 扶 養 手 当		有・無		養 育 費		有・無				
受 給 者 番 号																
資 格 取 得 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日								
資 格 取 得 事 由		01 生保廃止		02 転入		06 離婚		07 死別		08 未婚		ひとり親家庭等となった年月日				
		09 生死不明		10 親重度		19 その他		72 制度拡大				年 月 日				
道 ・ 市 区 分		1道 ・ 2市 ・ 9所		1道 ・ 2市 ・ 9所		1道 ・ 2市 ・ 9所		1道 ・ 2市 ・ 9所		1道 ・ 2市 ・ 9所						
自 己 負 担 区 分		1 1割 ・ 2 なし		1 1割 ・ 2なし 4 なし→1割		1 1割 ・ 2なし 4 なし→1割		1 1割 ・ 2なし 4 なし→1割		1 1割 ・ 2なし 4 なし→1割						
有 効 期 間	18歳の年度末日	・ 3 ・ 3 1まで		・ 3 ・ 3 1まで		・ 3 ・ 3 1まで		・ 3 ・ 3 1まで		・ 3 ・ 3 1まで						
	20歳の誕生月末	・ ・ まで		・ ・ まで		・ ・ まで		・ ・ まで		・ ・ まで						
備 考		本籍（市内・市外）														
注 太枠内の事項について記入してください。																
公 簿 確 認		受 付		入 力		検 証		受 付 印		交 付 年 月 日						
										令和 年 月 日						