

(記載例)

函館市子ども医療費受給者証交付申請書

函館市長様
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
(番地)

保護者について
記載してください。

住所 函館市東雲町1丁目4番13号
申請者 氏名 市役所 花子
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	しやくしょ いちろう														
	氏名	市役所 一郎														
	生年月日	平成・令和	8	年	1	月	1	日	平成・令和		年		月		日	
	個人番号															
	住所	函館市東雲町1丁目4番13号														
被保険者の続柄	子															
医療保険	被保険者の氏名	市役所 花子			被保険者の住所	(番地) 函館市東雲町1丁目4番13号										
	種別	01 国保	04 国保組合	05 協会健保	06 船員	付加給付						有・無				
	記号・番号	1 2 3			4 5 6 7 8 9			任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
	保険者の名称	BBC健康保険協会北海道支部				保険者番号										
保護者	氏名	市役所 花子			昭和(生年月日)	平成8年8月8日			受給資格の認定を受けようとする者の続柄	父						
	住所	(番地) 函館市東雲町1丁目4番13号														

主たる生計維持者	ふりがな	しやくしょ はなこ			(生年月日)		受給資格の認定を受けようとする者の続柄	父						
	氏名	市役所 花子			昭和	平成			8	年	8	月	8	日
	個人番号													
	住所	(番地) 函館市東雲町1丁目4番13号												
扶養人数	人(うち老人)			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。