

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  
 住所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号  
 申請者 氏名  
 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					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	年 月 日	
	個人番号					
	住所					
医療保険	被保険者の氏名			被保険者の住所	函館市 町 丁目 (番地) 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
	被保険者証の記号・番号			任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	被保険者の名称			保険者番号		
	主たる生計維持者	ふりがな			受給資格の認定を受けようとする者との続柄	
	氏名					
	個人番号					
	住所	函館市 町 丁目 (番地) 番 号				
	扶養人数	人 (うち老人 人)	所得額	円		
保護者	氏名			受給資格の認定を受けようとする者との続柄		
	個人番号					
	住所	函館市 町 丁目 (番地) 番 号				

所得要件等  該当  非該当 注) 太枠内の事項について記入してください。

受給者番号									
資格取得年月日	年 月 日				年 月 日				
資格取得事由	01 生廃 17 所得復活	02 転入 19 その他	03 出生 72 制度拡大	16 ひ親所得	01 生廃 17 所得復活	02 転入 19 その他	03 出生 72 制度拡大	16 ひ親所得	
道・市区分	1 道		2 市		1 道		2 市		
自己負担	1 1割・2 なし・4 なし→1割				1 1割・2 なし・4 なし→1割				
資格満了年月日	令和 年 3月 31日				令和 年 3月 31日				
備考									

公簿確認	受付	入力	検証

受付印

交付年月日
令和 年 月 日