

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	平成・令和 年 月 日	平成・令和 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	(番地) 函館市 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
	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	
	氏名	受給資格の認定を受けようとする者との続柄	
保護者	個人番号		
	住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号	

主たる生計維持者	ふりがな			受給資格の認定を受ける者との続柄
	氏名			
	個人番号			
	住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号		
扶養人数	人 (うち老人 人)	所得額	円	

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	令和 年 月 日	令和 年 月 日
資格取得事由	01 生廃 02 転入 03 出生 16 ひ親所得 17 所得復活 19 その他 72 制度拡大	01 生廃 02 転入 03 出生 16 ひ親所得 17 所得復活 19 その他 72 制度拡大
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