

(記載例)

函館市子ども医療費受給者証交付申請書

令和〇年〇月〇〇日

函館市長様

住所 函館市 〇〇 町 〇 丁目 〇 番 〇 号 (番地)

保護者について
記載してください。

申請者 氏名 市役所 太郎

電話 0138-12-3456

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 みどり										
	氏名	市役所 緑										
	生年月日	令和〇年〇月〇〇日		年 月 日								
	個人番号											
	住所	函館市〇〇町〇丁目〇番〇号										
被保険者の続柄	子											
医療保険	被保険者の名	市役所 太郎	被保険者の住所	函館市 〇〇町 〇丁目 〇番 〇号 (番地)								
	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					
		05協会健保	06船員	07日雇	08健保組合	09共済						
	被保険者証の記号・番号	函	123456	任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
保険	保険者の名称	函館市国民健康保険		保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	ふりがな	しやくしょ たろう		受給資格の認定を受けようとする者の続柄	父							
主たる生計維持者	氏名	市役所 太郎										
	個人番号											
	住所	函館市 〇〇町 〇丁目 〇番 〇号 (番地)										
保護者	氏名	市役所 太郎		受給資格の認定を受けようとする者の続柄	父							
	個人番号											
	住所	函館市 〇〇町 〇丁目 〇番 〇号 (番地)										

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。