

(記載例)

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

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 (番地) 13 号

申請者 氏 名 市役所 花子

電 話 0138-21-3181

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	しやくしょ はなこ		しやくしょ いちろう							
	氏 名	市役所 花子		市役所 一郎							
	生 年 月 日	昭 平 8 年 4 月 1 日	平 令 3 0 年 1 月 1 日	平 令 年 月 日	平 令 年 月 日						
	個 人 番 号										
	保護者の氏名			市役所 花子							
	保護者との続柄			子							
	保護者との同居・別居の別			同 居 ・ 別 居		同 居 ・ 別 居					
住 所			函館市東雲町1丁目4-13								
被保険者との続柄			子								
医療保険	被保険者の氏名	市役所 花子		住 所							
	種 別	01 国 保 08 健保組合	04 国保組合 09 共 済	⑤ 協会健保	06 船 員	付加給付	有・無				
	記号・番号	2 3 4 5 6 7 8 9		1 2 3	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	0	1	2	3	4	5	6
主たる生計維持者	ふりがな	しやくしょ はなこ		住 所							
	氏 名	市役所 花子		住 所	函館市東雲町1丁目4-13						
	扶養人数	1 人 (うち老人 人)		所 得 額	円						
	受給者との続柄	本人		子							

主たる生計維持者とは、資格の認定を受けようとする者の生活費の大半を負担している方です。