

函館市子ども医療費受給者証交付申請書

令和 年 月 日

函 館 市 長 様

(番地)

住 所 函館市 町 丁目 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 と の 続 柄				
	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	
	記 号 ・ 番 号		任意継続の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	保 険 者 の 名 称			保険者番号	
保 護 者	氏 名	昭和 (生年月日) 平成 年 月 日 (個人番号)		受給資格の認定を受けようとする者の続柄	
	住 所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号			

主たる生計維持者	ふ り が な	(生年月日)		受給資格の認定を受ける者の続柄		
	氏 名	昭和 ・ 平成 年 月 日				
	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 19 その他 72 制度拡大					01 生廃 02 転入 03 出生 19 その他 72 制度拡大									
道 ・ 市 区 分	1 道 ・ 2 市 ・ 9 所					1 道 ・ 2 市 ・ 9 所									
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 3 1 日					令和 年 3 月 3 1 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