

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  
 (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 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 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	受給資格の認定を受けようとする者の続柄
	住所	(個人番号)	(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ようとする者の続柄
	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(認定)事由	11 出生 15 生保離脱 16 転入 19 その他( ) 11 出生 15 生保離脱 16 転入 19 その他( )
認定制度	111 道・就学前 121 道・小学生 132 市・中学生以上 199 所得超過 111 道・就学前 121 道・小学生 132 市・中学生以上 199 所得超過
負担区分(適用)	1: 課税 2: 初診 3: 初診→課税 1: 課税 2: 初診 3: 初診→課税
備考	

公簿確認			受付	入力	検証	受付印	交付年月日
住民票	保険資格	所得					
受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日	受付日同日		令和 年 月 日
児童手当	児童扶養手当	その他					