

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

住 所 函館市 町 丁目 番 (番地) 号

申請者 氏 名

電 話

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					
	氏 名					
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
	個 人 番 号					
	保護者の氏名	/				
	保護者との続柄	/				
	保護者との同居・別居の別		同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居
	住 所					
被保険者との続柄						
医 療 保 険	被保険者の氏名				住 所	
	種 別	01 国保 08 健保組合	04 国保組合 09 共 済	05 協会健保	06 船 員	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	

主たる生計維持者	ふりがな			住 所	
	氏 名			住 所	
	扶養人数	人 (うち老人 人)		所得額	円
	受給者との続柄				

住 所 要 件 等	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当	児童扶養手当	有・無	養 育 費	有・無
-----------	---	--------	-----	-------	-----

受 給 者 番 号				
資格取得年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
資格取得事由	13 受給要件該当 (離婚・未婚・生死不明) 15 生保離脱		ひとり親家庭等となった年月日	
	16 転入 19 その他 ()		年 月 日	
道・市区分	1道・2市・9所	1道・2市・9所	1道・2市・9所	1道・2市・9所
自己負担区分	1 1割・2 なし	1 1割・2なし 4 なし→1割	1 1割・2なし 4 なし→1割	1 1割・2なし 4 なし→1割
有効期間	20歳の誕生月末 ・ ・ まで	・ ・ まで	・ ・ まで	・ ・ まで
備 考	本籍 (市内・市外)			

注 太枠内の事項について記入してください。

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					