

記載例
(転入による申請)

子ども医療費受給者証交付 (更新) 申請書

年 月 日

一関市長 様

次のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

また、**助成を受ける子どもの父母の住所氏名等を記入** (重度心身障害児等) **転入日を記入** (原則に関する事務処理のために限って保護者及び配偶者等に同意し、(四)番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。)

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| 申請事由 | <input type="checkbox"/> 出生 (妊婦: 09 - -) | <input checked="" type="checkbox"/> 転入 (転入日: R6年 4月 1日) | <input type="checkbox"/> その他 |
| (主たる保護者) 氏名 | いちのせき たろう 一関 太郎 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |
| 住所 | 一関市竹山町7-99 | 生年月日 | S56年 2月 3日 |
| TEL | (090-1234-XXXX) | 受給者との続柄 | 父 |
| 保護者 | 転入又は市外在住 | 本年1月1日時点の住所地 盛岡市 | 昨年1月1日時点の住所地 宮城県仙台市 |
| | 配偶者 (又は他監護者) | 氏名 いちのせき はなこ 一関 花子 | 生年月日 S58年 3月 4日 |
| 転入又は市外在住 | 本年1月1日時点の住所地 盛岡市 | 昨年1月1日時点の住所地 宮城県仙台市 | |
| 受給者 | 氏名 | いちのせき いちろう 一関 一郎 | 生年月日 H20年 6月 1日 |
| | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 保護者・配偶者と同じ | <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高 |
| 助成を受ける子どもの氏名を記入 | 氏名 | いちのせき いちろう 一関 一郎 | 生年月日 H28年 7月 7日 |
| 保険証のコピーを添付する場合はチェックを入れて記入不要 | 氏名 | いちのせき みつお 一関 三男 | 生年月日 R2年 10月 10日 |
| 加入医療保険 | <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり (保険証の写しを添付の場合、この項目の記入は不要) | | 保険証の記号・番号 (保険証の被保険者名上部に表示) |
| 被保険者氏名 | 保険証の被保険者の氏名 | 記号番号 | 受給者が保険認定された年月日を記入 |
| 保険者番号 | 加入している保険者の番号 (保険証の下部に表示) | 資格取得年月日 | |
| 振込先 | 金融機関 | 平泉 銀行 信用金庫 一関 本店 出張所 | 預金種別 普通・当座 |
| | 口座番号 | 9876543 (カタカナ) 口座名義人 | イチノセキ タロウ 一関 太郎 |

受給者又は保護者の金融機関口座を記入

受付 本・花・大・千・東・室・川・藤 担当