

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

令和 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**し、**転入日を記入**し、**転入**に関する事務処理のために限って保護者及び配偶者**の住所氏名等を記入**することに同意します。(この申請書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: R 6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 <b>一関 太郎</b>	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	S (H) 56年 2月 3日	
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	
	氏名	いちのせき はなこ <b>一関 花子</b>	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	
受給者	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	
	氏名	いちのせき いろは <b>一関 一郎</b>	生年月日	(H) R 20年 6月 1日 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	
受給者	氏名	いちのせき いたる <b>一関 一丁</b>	生年月日	(R) 28年 7月 7日 <input type="checkbox"/> 乳 <input checked="" type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
	氏名	いちのせき みつお <b>一関 三男</b>	生年月日	(H) (R) 2年 10月 10日 <input checked="" type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
加入医療保険	被保険者氏名	医療保険の被保険者の氏名		記号番号	医療保険の記号・番号
	保険者番号	加入している保険者の番号		資格取得年月日	受給者が保険認定された年月日を記入
振込先	金融機関	平泉 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協・労働金庫	一関	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	9 8 7 6 5 4 3	(カタカナ) 口座名義人	イチノセキ タロウ <b>一関 太郎</b>	

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	
----	-----------------	----	--