

医療費受給者証交付(更新)申請書

年 月 日

一関市長 様

申請者 氏

住 所

氏 名

個人番号

(TEL

)

次のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

| | | | | | | | |
|---------|---------------|--|-----------------|--------------|-------|-----------|--|
| 対象となる事業 | | 乳幼児・小学生・中学生・高校生等・妊産婦・重度(一般)・重度(後期高齢) ひとり親(父母)・ひとり親(児童)・父母なし児童 | | | | | |
| 受給者 | (ふりがな) 氏 名 | (男・女) | 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | | | |
| | 住 所 | (申請者と同じ) | 個人番号 | | | | |
| | 住 所 | (申請者と同じ) | 出産予定日 | 年 月 日 | | | |
| 保護者 | (ふりがな) 氏 名 | (男・女) | 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | | | |
| | 住 所 | (申請者と同じ) | 個人番号 | | | | |
| | 受給者との続柄 | | 同居・別居の別 | 同居・別居 | 生計関係 | 生計同一・生計維持 | |
| 加入医療保険等 | 被保険者氏名 | | 受給者との続柄 | | | | |
| | 医療保険の種別 | 国保・協会けんぽ・共済・健保 後期高齢 (本人・家族) | 記号・番号 | | 記号 | | |
| | 保険者番号 | | 資格取得年月日 | 年 月 日 | | | |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行・信用金庫 農協・労働金庫 | 本店・支店 | 預金種別 | 普通・当座 | | |
| | 口座番号 | | 口座名義人 (カタカナ) | | | | |

課税台帳閲覧同意書

上記申請に係る所得確認のために、本人及び同居家族の課税台帳の閲覧を行うことに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

個人番号