

## ひとり親家庭等医療費受給者証交付(更新)申請書

記載例

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、市長が一人親家庭に関する事務処理のために限って受給者及び扶養義務者の地方税関係情報及び住民票情報を利用し、個人番号カードを利用して地方税関係情報及び医療保険情報を取得する場合があります。

助成を受けるひとり親家庭の親の住所氏名等を記入

1月2日以降に転入の方は記入

該当事由にチェック

窓口で確認後に記載するので申請時は記入不要

助成を受けるひとり親家庭の子の氏名住所等を記入

父母と同居の場合はチェックを入れて記入不要

受給者の金融機関口座を記入

申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 転入(転入日: R 年 月 日)	<input type="checkbox"/> その他( )
申請者 父 母	(ふりがな) 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 生年月日 S (H) 58 年 2 月 3 日
	住所	一関市竹山町7-99 TEL ( 090 - 1234 - XXXX )	
申請者	転入 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
	該当要件	<input type="checkbox"/> 死別 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 父母なし <input type="checkbox"/> その他( )	
申請者	確認書類	<input checked="" type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 戸籍簿	
	(ふりがな) 氏名	いちのせき はなこ 一関 花子	個人番号 3 2 1 0 9 8 生年月日 (H) R 20 年 3 月 4 日
申請者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 父母等と同居 ※別居の場合は住所を記載	
	(ふりがな) 氏名	いちのせき いちろう 一関 一郎	個人番号 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3 生年月日 H (R) 元 年 6 月 30 日
申請者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 父母等と同居 ※別居の場合は住所を記載	
	(ふりがな) 氏名	個人番号 生年月日 H・R 年 月 日	
加入医療保険	親子で違う医療保険に加入している場合は、備考欄に記載		
	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
振込先	保険者番号	加入している保険者の番号	資格取得年月日 S・ 受給者が保険認定された年月日を記入 日
	金融機関	平泉 銀行 信用金庫 農協・労働金庫 一関	本店 支店 出張所 預金種別 普通・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 一関 太郎

受付 本・花・大・千・東・室・川・藤 担当

※扶養義務者・・・民法第877条に定める直系（6親等内）の血族及び兄弟姉妹（特別の事情がある場合は3親等内の姻族を含む）

扶養義務者が  
いる場合は  
それぞれ記入

扶養義務者なし

氏名	いちのせき げんたろう		個人番号	2 3 4 5	6 7 8 9	0 1 2 3
	一関 源太郎		生年月日	S・H	30 年	4 月 5 日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				受給者との続柄	父
転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			
(ふりがな) 氏名		個人番号				
		生年月日	S・H		年	月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				受給者との続柄	
転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			
(ふりがな) 氏名		個人番号				
		生年月日	S・H		年	月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				受給者との続柄	
転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			
(ふりがな) 氏名		個人番号				
		生年月日	S・H		年	月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				受給者との続柄	
転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地		昨年1月1日時点の住所地			

扶養義務者

備考欄

親子で違う保険に加入している場合はこの欄に記入