

子ども医療費受給資格者登録申請・変更・喪失・再発行届書

(あて先) 住所
 紋別市長 様 保護者 氏 名
 個人番号
 年 月 日 (電話 - -)

下記のとおり関係書類を添えて申請します。
 なお、当該医療費の助成に当たり、私及び私の世帯員の所得、市・道民税などの税務資料等について、
 閲覧・調査することに同意します。

(フリガナ)			主たる 生計維持者 の氏名及び 住所	(氏名) ※保護者と同一の場合は記入不要				
子どもの 名前				(住所) ※保護者と同一の場合は記入不要				
生年月日	年 月 日							
個人番号			医療保険 の 加入状況	(被保険者氏名) ※保護者と同一の場合は記入不要				
住所又は 転出先住所				種別	社保・健保・共済・国保・その他	付加 給付	有・無	
振込口座	銀行・信金・信組			本店・支店		(被保険者証記号番号) 記号		
	協同組合			本所・支所		番号		
	普通・当座・その他					(保険者の名称)		
	口座番号							
フリガナ			(保険者の所在地)					
口座名義人								

※市記入欄

事		由			
1 新規	2 変更	3 喪失	4 再交付		
<input type="checkbox"/> 出生による資格取得	<input type="checkbox"/> 氏名の変更	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 破損した		
<input type="checkbox"/> 他の市町村からの転入	<input type="checkbox"/> 市内の転居	<input type="checkbox"/> 他の市町村へ転出	<input type="checkbox"/> 汚損した		
<input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の取得	<input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の変更	<input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失	<input type="checkbox"/> 紛失した		
<input type="checkbox"/> 小学生入院による資格取得	<input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更	<input type="checkbox"/> 生活保護の受給開始	<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 他制度への移行	再交付年月日		
上記の事由発生年月日 (. .)	上記の事由発生年月日 (. .)	<input type="checkbox"/> 有効期間の満了	(. .)		
		<input type="checkbox"/> その他 ()			
		上記の事由発生年月日 (. .)			
		受給者証回収年月日 (. .)			
受給者 番号					
所得制限		年 月 日	課長	係長	係
<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当		決 裁		
扶養人数	人				
所得額	円	審査の結果、上記申請のとおり認定してよろしい かお伺いいたします。			