

## こども医療費受給資格認定(更新)申請書

大竹市長様

次のとおり、こども医療費受給資格認定の申請(更新申請)をします。

資格認定及び更新審査のために、私とこども、こどもの属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の住民基本台帳を確認されることに同意します。なお、こどもが乳幼児の場合については、個人番号等により市県民税の課税台帳記載事項を確認の上、利用されることについても同意します。

このことについて、こどもの属する世帯の世帯員及び生計を同じくする者の同意を得ています。

年 月 日

〒

申請者住所  
(世帯主等)

氏名

個人番号

--	--	--	--

TEL

こ ど も の 氏 名 等	① フリガナ _____ 氏名	同居 ・ 別居	個人番号	生年 月日	年 月 日	性別 男・女	続柄	
	② フリガナ _____ 氏名	同居 ・ 別居	個人番号	生年 月日	年 月 日	性別 男・女	続柄	
	③ フリガナ _____ 氏名	同居 ・ 別居	個人番号	生年 月日	年 月 日	性別 男・女	続柄	
こ ど も の 健 康 保 険	保 険 の 種 類 1 協会けんぽ 2 健保組合 3 共済組合 4 国保 5 国保組合 6 その他							
	被 保 険 者 氏 名				こどもとの続柄			
	被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)							
	保 険 者 の 名 称 (保険者番号)							
	保 険 者 の 所 在 地							
そ の 他	申 請 の 理 由 1 出 生 2 転 入 3 その他 ( )							
	こどもと氏名		同居の住所 大竹市					
	保護者の 年1月1日現在大竹市に住民票						1 有 2 無	
	【2 無の場合】その時点の居住地:							
未入居の場合の送付先								

※ ここから下は記入しないでください。

受付年月日 : 年 月 日				交付年月日			
県費適用分		市費適用分		年 月 日交付			
受給者番号及び有効期間等							
① 受給者番号		県市	有効期間	. . ~ . .			
② 受給者番号		県市	有効期間	. . ~ . .			
③ 受給者番号		県市	有効期間	. . ~ . .			
決 裁	課長	係長	係員	公印使用承認	オンライン	集計表	