

太枠内のみ記入してください。

記入例

子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼（変更・喪失）届兼台帳

3歳未満・3歳以上・
小学生・中学生・高校生

医療証番号		資格認定年月日		資格喪失年月日		事由		
フリガナ 子ども 氏名	ムナカタ イチロウ	男 生年月日 R7.2.5	被保険者 との続柄	子	有効 期限	入院外 入院	1. 取得 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 要件該当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障医非該当 <input type="checkbox"/> 親医非該当 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 制度改正	
医 療 保 険	被保険者氏名	保険証記号番号						
	住所							
	保険者名 (保険者番号)	保険者所在地						
	保険種別							
フリガナ 生計維持者 氏名	ムナカタ アキラ	生年月日 H2.2.2	個人番号	空欄でも可			所得額	受付
生計維持者 住所	宗像市東郷1-1-1		子どもから見た続柄(父)				円	児手 障親 済 済 案内 案内 無し 無し
上記のとおり申請します。 宗像市子ども医療費受給資格の認定・更新に当たっては、必要な公簿確認及び所得審査をすることに同意します。 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宗像市に委任します。 令和 7 年 3 月 3 日 宗像市長 あて							所得制限額	入力
申請者（保護者） 住所 同上 氏名 宗像 花子 TEL (080-1234-5678)							円	チェック 判定 医療証 県・市 交・郵 修・回・案

健康保険の資格が確認できるもの(写し)を添付してください。

生計維持者は父母のうち所得が高い方です

(被保険者および保険の資格取得日(適用開始年月日)の記載があるものがが必要です。)