

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

医療証番号		資格認定年月日		資格喪失年月日	
フリガナ 子ども 氏名			被保険者 との続柄	有効 期限	入院外 入院
被保険者氏名			保険証記号番号		
住 所			保 険 者 所 在 地		
保 険 者 名	(保険者番号)		保 険 者 所 在 地		
保 険 種 別			付 加 給 付 の 有 無		
フリガナ 生計維持者 氏名			個人番号		
				子どもから見た続柄 ()	
生計維持者 住所					

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。

年 月 日 あて 宗像市長

申請者 (保護者) 住所 宗像市 氏名 印

TEL (- -)

<p>事 由</p> <p>1. 取得</p> <p><input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入</p> <p><input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 保険加入</p> <p><input type="checkbox"/> 要件該当 <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 障医非該当 <input type="checkbox"/> 親医非該当</p> <p><input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 限度額内</p> <p>2. 変更</p> <p><input type="checkbox"/> 保変 (主変含む) <input type="checkbox"/> 資格日変更</p> <p><input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更</p> <p><input type="checkbox"/> 住所表記変更 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>3. 喪失</p> <p><input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出</p> <p><input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他喪失</p> <p><input type="checkbox"/> 障害該当 <input type="checkbox"/> 親医該当</p> <p><input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 限度額内</p>	<p>所 得 額</p> <p>所得制限額 入 力</p> <p>円 円</p> <p>見手 障親</p> <p>済 済</p> <p>案内 案内</p> <p>無し 無し</p> <p>判 定 医 療 証</p> <p>県・市 交・郵</p> <p> 修・回・案</p>
--	---

※太枠内のみ記入してください。

(FF1AJ16F/FF1AJ16V)