

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		事由		
フリガナ 子ども 氏名			被保険者 との続柄	有効 期限	入院外		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"/> 限度額内	
					入院			
医 療 保 険	被保険者氏名			保険証記号番号			2. 変更 <input type="checkbox"/> 保変（主変含む） <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所表記変更 <input type="checkbox"/> その他  3. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他喪失 <input type="checkbox"/> 障害該当 <input type="checkbox"/> 親医該当 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 限度額内	
	住所							
	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			所得額	受付	
			子どもから見た続柄( )					
生計維持者 住所						円	児手	障親
							済案内無し	済案内無し
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 年 月 日 宗像市長 あて							所得制限額	入力
							円	チェック
								判定
							県・市	交・郵 修・回・案
申請者（保護者） 住所 宗像市 氏名 TEL ( - - )								

※太枠内のみ記入してください。