

子育て支援医療費受給資格認定申請書 記載例

①受給者	氏名	フリガナ トマコマイ イチロウ 苫小牧 一郎	個人番号		
	生年月日	平成 19年 1月 1日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
②保護者	住所	苫小牧市 旭町 4丁目 5番 6号 (父携帯 090-1234-5678 母携帯 090-8765-4321)			
	氏名	フリガナ トマコマイ タロウ 苫小牧 太郎	個人番号		
	配偶者	フリガナ トマコマイ ハナコ 苫小牧 花子			
	勤務先名	(株)苫小牧商事 (電話 0144-32-6416)			
③加入医療保険	氏名	フリガナ トマコマイ タロウ 苫小牧 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
	生年月日	昭和 60年 1月 1日	続柄	父	
	住所	苫小牧市 旭町 4丁目 5番 6号 別紙のとおり			
	資格取得年月日	平成 19年 1月 1日			
	種別	1 協会けんぽ 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6-1 苫国(一般) 6-2 苫退(本人) 6-3 苫退(家族) 7 退国			
	名称	保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 〇〇××健康保険組合			
記号番号	記号 1111 番号 2222222 枝番 01				
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、必要に応じ課税資料及び戸籍や住民票等の公簿による確認を行うことを了承します。</p> <p>令和 8年 5月 10日</p> <p>苫小牧市長 様</p> <p>世帯主氏名 苫小牧 太郎 (続柄 父)</p>					

対象児童を記入してください

対象児童の加入医療保険の情報を記入するか、資格確認書等の写しを添付してください。

世帯主の方の氏名を記入してください

令和			
負担区分			
初診 課税			
助成区分			
道 市			
条件付			
月末までは初診時のみ			

02 転入 () から
05 生活保護廃止
18 出生
26 制度該当(年度更新: 要・不要)
29 その他 ()
上記事由発生年月日
令和 年 月 日
所得状況
(7月まで分) 公簿確認 (該当 別紙添付超過)
(8月以降分) 公簿確認 (該当 別紙添付超過)
その他
受付印

証発行	入力	チェック	封詰め	発送