

子ども医療費受給資格者申請書兼
受給資格（変更・喪失・再交付）届出書

年 月 日

帯広市長 様

私及び私の世帯員は、所得・課税状況及び保険加入状況並びに他制度による医療助成状況等の確認に同意し、関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

① （児童の主たる生計維持者） 保 護 者	フリガナ 氏名				② ①の配偶者 【有・無】	フリガナ 氏名			
	住所					住所	<input type="checkbox"/> 保護者と同一		
	生年月日	年 月 日	電話			生年月日	年 月 日	電話	
	個人番号		保護者JC			個人番号		配偶者JC	

③ 対 象 児 童	フリガナ 氏名	生年月日		住所	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 【保護者・配偶者】と同一	
	個人番号	受給者JC		受給者番号	
	フリガナ 氏名	生年月日		住所	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 【保護者・配偶者】と同一	
	個人番号	受給者JC		受給者番号	
	フリガナ 氏名	生年月日		住所	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 【保護者・配偶者】と同一	
	個人番号	受給者JC		受給者番号	
	フリガナ 氏名	生年月日		住所	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 【保護者・配偶者】と同一	
	個人番号	受給者JC		受給者番号	

④ 医 療 保 険 の 加 入 状 況	被保険者 世帯主名	<input type="checkbox"/> 【保護者・配偶者】と同一
	記号・番号	<input type="checkbox"/> 別添参照
	保険団体名	<input type="checkbox"/> 別添参照

届出事由	
<input type="checkbox"/> 新規（事由発生日 年 月 日） 出生・転入・ひとり親喪失・その他（ ）	<input type="checkbox"/> 喪失（事由発生日 年 月 日） 市外転出・その他（ ）
<input type="checkbox"/> 変更（事由発生日 年 月 日） 市内転居・氏名・医療保険 保護者（離婚・婚姻・その他（ ）） その他（ ）	<input type="checkbox"/> 再交付（事由発生日 年 月 日） 紛失・破損・その他（ ）