

ひとり親家庭等医療費受給資格(認定・更新)申請書

記入例

年 月 日

部分を記入してください。

(注意)郵送による申請は受付できません。受付窓口にて申請をお願いします。

(□住所は受給者と同じ場合は省略できます。)

申請者 住所 久留米市城南町15番地3
 氏名 久留米 花子
 TEL (090-1234-5678)

← 母子家庭の母、
 父子家庭の父、
 養育者(父母のいない児童の場合)、
 該当する方の住所・氏名・電話番号
 を記入してください。

チェックしてください。

↓下記のとおり申請します。
 また、当該申請に関して市が必要な公簿等を確認することを承諾します。なお、久留米市国民健康保険に加入の場合、高額療養費に該当する際は、その請求、受領及び振替を久留米市に委任します。また、受給者の世帯の課税状況及び児童扶養手当の受給状況について公簿等により確認されることを承諾します。

区分	(フリガナ) 氏名	続柄 区分	生年月日	性別	世帯番号	資格認定年月日 資格喪失年月日
					受給者番号 個人番号	
対象者	①母父 クメ ハナコ 久留米 花子	本人	昭和55年 5月 5日	女	999999999999	年 月 日
	②児童 クメ タロウ 久留米 太郎	子	平成15年 5月 5日	男		年 月 日
	クメ ジロウ 久留米 次郎	子	平成25年 5月 5日	男		年 月 日
	↑ ・対象者の氏名・続柄・生年月日・性別を記入してください。 ・①の母父の方は、個人番号(マイナンバー)を記入してください。					

住所 久留米市城南町15番地3 ←住所を記入してください。

③対象者となった事由及びその年月日
 死別 離婚 生死不明 遺棄 海外 配偶者障害 拘禁 未婚 その他

④児童扶養手当の受給状況 第 号 ⑤年金の受給状況 年金の種別証書番号

⑥加入医療保険の内容

被保険者 裏面のとおり 保険者番号

住所 保険種別 記号番号 資格取得日 年 月 日

対象者欄に記載がある方の健康保険証のコピーを別添してください。記入不要です。

[事務処理欄] 認定年月日 年 月 日 医療証交付年月日 年 月 日
 医療証有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
 資格審査 ① 認定 ② 却下 ()

公簿確認		年度所得状況	本人	配偶者	扶養義務者
<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民票		控除後の所得額	円	円	円
<input type="checkbox"/> 他制度医療 <input type="checkbox"/> 所得		控除対象親族等	人	人	人
<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 児扶手当証		限度額	円	円	円

(本・田・北・城・三・上・耳・筑・千・高)

受付	入力	チェック