

子ども医療費助成受給者証再交付申請書

(あて先)

札幌市

區長

住所

令和 年 月 日 下記のとおり申請します。

保護者

氏名

(電話

1

※受給者番号											氏名 (電話)	
①(フリガナ) 氏 名 被保険者等 との関係		被扶養者										
②生年月日												
③住所又は 転出先住所												
④主たる 生計維持者 の氏名及び 住所		(氏名) (対象者との続柄)									事 由	
		(住所)									1 新 規	
		(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)									☐ 出生による資格取得	
		(被保険者、組合員又は世帯主の住所)									☐ 他の市(区)町村からの転入	
		(被保険者証又は組合員証の記号番号)									☐ 医療保険加入者資格の取得	
		(保険者の名称)									☐ その他 ()	
		保 険 者 番 号									上記の事由発生年月日	
		(保険者の所在地)									()	
⑤医療保険の 加入状況											2 変 更	
											☐ 氏名の変更	
											☐ 市内の転居	
											☐ 主たる生計維持者の変更	
											☐ 医療保険加入状況の変更	
											☐ その他 ()	
											上記の事由発生年月日	
											()	
											3 喪 失	
											☐ 死亡	
											☐ 他の市(区)町村への転出	
											☐ 医療保険加入者資格の喪失	
											☐ 生活保護の受給開始	
											☐ 他制度への移行	
											☐ 有効期間の満了	
											☐ その他 ()	
											上記の事由発生年月日	
											()	
											※受給者証回収年月日	
											()	
											4 再交付	
											☐ 破損した	
											☐ 汚損した	
											☐ 紛失した	
											☐ その他 ()	
											再交付年月日	
											()	
※所得要件等		該 当		非該当								
		所得の課非		課・非								
扶養人数		人		(老 人)								
所得額		円										
資格取得年月日						※上記のとおり処理して よろしいか。				決 裁		
令和 年 月 日						令和 年 月 日				課 長 係 長 係		

※印欄は、記入しないでください。