

子ども医療費助成受給資格継続申請書

(あて先) 札幌市 区長 住所 札幌市 区
令和 年 月 日 下記のとおりに申請します。 保護者 氏名 (電話)

※受給者番号											
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)							
		(住所)									
⑤医療保険の 加入状況		(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)									
		(被保険者、組合員又は世帯主の住所)									
		(被保険者証又は組合員証の記号番号) 記号 番号									
		(保険者の名称)									
		保 険 者 番 号									
		(保険者の所在地)									
※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。				課 長 係 長 係			
令和 年 月 日				令和 年 月 日				決 裁			

当該医療費の助成を受けるに当たり、次のことに同意します。
・私及び私の家族の所得、市民税の課税非課税などの状況について調査されること
・私及び私の家族の医療費助成の資格情報、給付内容などについて保険者に情報提供されること
・私及び私の家族が加入している公的医療保険の情報やその給付内容について調査されること
・札幌市が高額療養費を負担した場合は、札幌市により保険者との間で負担相当額について調整されること

- ※ 事 由
- 1 新 規
- ☐ 出生による資格取得
- ☐ 他の市(区)町村からの転入
- ☐ 医療保険加入者資格の取得
- ☐ その他()
- 上記の事由発生年月日 ()
- 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(中学生資格継続)
- 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 ()

※印欄は、記入しないでください。