

太枠内のみ記入してください。

子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼（変更・喪失）届兼台帳

3歳未満・3歳以上・
小学生・中学生・高校生

医療証番号		資格認定年月日		資格喪失年月日		事由						
フリガナ 子ども 氏名		男 ・ 女	生年月日 H・R 年 月 日	被保険者 との続柄	・子 ・その他 ()	有効 期限	1. 取得 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> 保険加入 <input type="checkbox"/> 要件該当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障医非該当 <input type="checkbox"/> 親医非該当 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 制度改正 2. 変更 <input type="checkbox"/> 保変（主変含む） <input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所表記変更 <input type="checkbox"/> その他 3. 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他喪失 <input type="checkbox"/> 障害該当 <input type="checkbox"/> 親医該当 <input type="checkbox"/> 所得超過 <input type="checkbox"/> 限度額内					
医 療 保 険	被保険者氏名			保険証記号番号								
	住所											
	保険者名	(保険者番号)		保険者所在地								
	保険種別											
フリガナ 生計維持者 氏名		生年月日 S・H 年 月 日	個人番号		子どもから見た続柄(父・母・他())		所得額	受付				
生計維持者 住所							円	<table border="1"> <tr> <td>児手</td> <td>障親</td> </tr> <tr> <td>済 案内 無し</td> <td>済 案内 無し</td> </tr> </table>	児手	障親	済 案内 無し	済 案内 無し
児手	障親											
済 案内 無し	済 案内 無し											
上記のとおり申請します。 宗像市子ども医療費受給資格の認定・更新に当たっては、必要な公簿確認及び所得審査をすることに同意します。 高額療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を宗像市に委任します。 令和 年 月 日 宗像市長 あて							所得制限額	入力				
申請者（保護者） 住所 _____ 氏名 _____ TEL (_____)							円	チェック 判定 医療証 県・市 交・郵 修・回・案				

健康保険の資格が確認できるもの(写し)を添付してください。
 (被保険者および保険の資格取得日(適用開始年月日)の記載があるものがが必要です。)

生計維持者は父母のうち所得が高い方です 本人確認

免許証・マイナンバーカード