

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

令和元年6月1日

名寄市長様

捺印をお願いします。

申請者住所 名寄市 大通南1丁目

氏名 名寄 一郎

印

電話番号 9 - 8888

乳幼児等医療費受給者証の交付(新規・更新)を受けたいので、下記のとおり申請します。
なお、乳幼児等医療費助成の資格の確認にあたっては、私及び私の世帯員の市民税課税状況につき、名寄市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

※受給者証番号	90010216 91010215	※交付年月日	令和 年 月 日
---------	----------------------	--------	----------

乳幼児等	フリガナ	ナヨロ ハルコ	生年月日	令和元年5月1日生
	氏名	名寄 はる子	続柄	長女
	現住所	名寄市 同上	申請者と同住所の場合は「同上」でかまいません。	

保護者	フリガナ	ナヨロ イチロウ	生年月日	昭平63年10月1日生
	父親氏名	名寄 一郎	勤務先	名寄市役所
	フリガナ	ナヨロ トウコ	生年月日	昭平元年6月1日生
	母親氏名	名寄 冬子	勤務先	主婦

医療保険証	医療保険名称	北海道市町村職員共済組合		
	被保険者名	名寄 一郎		
	記号	北01234	番号	567

申請の理由	① 出生のため
	2. 転入してきたため
	3. その他()
理由発生年月日	令和元年5月1日

・「医療保険名称」欄には
名寄市国保の方は「名寄市国民健康保険」、
社会保険の方は、保険証の下部に記載され
ている保険者名称を記載してください。

・「被保険者名」欄には、子の氏名ではなく
「被保険者氏名」または「組合員氏名」を
記載してください。

