

子ども医療費受給資格 (取得・再交付申請書及び
変更・喪失届出書)

		新規(変更・喪失)		変更前		事由	
対象者の状況	受給者番号 (ふりがな)					1 新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 他市区町村からの転入 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 上記の事由発生日 (平成 年 月 日) 2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内転居(住所変更) <input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 上記の事由発生日 (平成 年 月 日) 3 喪失 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等該当 <input type="checkbox"/> 重度心障該当 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 上記の事由発生日 (平成 年 月 日) 4 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 上記の事由発生日	
	対象者氏名	男 女		男 女			
	生年月日	平成 年 月 日		平成 年 月 日			
	受給者番号 (ふりがな)						
	対象者氏名	男 女		男 女			
	生年月日	平成 年 月 日		平成 年 月 日			
	受給者番号 (ふりがな)						
	対象者氏名	男 女		男 女			
	生年月日	平成 年 月 日		平成 年 月 日			
	住 所	東川町		東川町			
	父の名前						
	母の名前						
別居している子 がいる場合	別居している子の氏名			別居している子の氏名			
	別居地			別居地			
	別居の理由			別居の理由			
医療保険の加入状況	保険者の名称 (保険者番号)					上記の事由発生日 ※受給者証 平成 年 月 日交付 平成 年 月 日回済 平成 年 月 日回予 ※システム登録日 平成 年 月 日 システム名簿 Ⅲ	
	所在地						
	記号・番号						
	加入者氏名 (続柄)						
上記のとおり関係書類を添えて申請します。 受給資格認定に際し、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 また、高額療養費支給申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、医療機関に支払った自己負担額の状況及び付加給付金の状況につき、東川町長が加入する健康保険者等に対し確認(照会)することに同意します。 東川町長 様 平成 年 月 日 申請者 住所 上川郡東川町 (居住地) 氏名 ⑤ 電話番号 - -							
※決定欄	決裁欄	課長	室長	主任等	合議		
	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認める。			適用年月日	年 月 日		
2 右の理由により、上記申請を却下する。			却下理由				