

母子家庭等医療費受給者証 交付更新 申請書

受給対象者		受給者番号	氏名										性別	生年月日			同居・別居の別	他の医療費該当の有無		
	母・父・養育者等													男・女	年　月　日				有・無	
		個人番号																		
	対象児童	1													男・女	年　月　日			同・別	有・無
			個人番号																	
		2													男・女	年　月　日			同・別	有・無
			個人番号																	
		3													男・女	年　月　日			同・別	有・無
			個人番号																	
4													男・女	年　月　日			同・別	有・無		
	個人番号																			
※別居している対象児童がいる場合には、児童の属している世帯全員の住民票が必要です。																				
(扶養義務者) 同居親族	1											男・女	年　月　日			続柄				
		個人番号																		
	2											男・女	年　月　日			続柄				
		個人番号																		
(現在の状況) 受給理由	☐ 配偶者と死別 ☐ 配偶者と離婚 ☐ 配偶者が生死不明 ☐ 配偶者に遺棄 ☐ 配偶者が心身障害 ☐ 配偶者が拘禁状態 ☐ 未婚 (注) 遺児家庭の場合は、「配偶者」を「両親」と読み替えてください。																			
	上記理由発生前年月日：　　年　　月　　日																			
加入医療保険	保　険　種　別	☐ 市国保 ☐ その他の国保 ☐ 協会けんぽ ☐ 組合健保 ☐ 共済組合 ☐ 船員保険																		
	記　号											番　号								
	被保険者名	母・父・養育者等からみた続柄																		
	保　險　者　番											保　險　者　名								
	資　格　取　得　日	年　　月　　日																		
	※対象児童の加入医療保険が母・父・保護者等と別の場合は、児童の保険証の写しを添付してください。																			
年金受給等	児童扶養手当	あり（支給停止も含む） なし										番　号								
	各　種　年　金	あり（　　　　　　　　　年金） なし										番　号								
生計の状況	※前夫等（未婚の場合は児童の父親）から養育費を受けている場合は、下欄に記入してください。																			
	前夫等の氏名	子の氏名	養　育　費　の　額									○前年の１月から１２月までの間に受け取った額と受取りの状況について記入してください。								
			円																	
			円																	
			円																	
			円																	