

ひとり親家庭等医療費受給資格(認定・更新)申請書

年 月 日

久留米市長 宛て

(□住所は受給者と同じ場合は省略できます。)

住 所
申 請 者
氏 名

T E L ()

下記のとおり申請します。
□また、当該申請に関して市が必要な公簿等を確認することを承諾します。なお、久留米市国民健康保険に加入の場合、高額療養費に該当する際は、その請求、受領及び振替を久留米市に委任します。また、受給者の世帯の課税状況及び児童扶養手当の受給状況について公簿等により確認されることを承諾します。

区分	(フリガナ) 氏 名	続 柄 区 分	生 年 月 日	性別	世 帯 番 号	資格認定年月日 資格喪失年月日
					受 給 者 番 号 個 人 番 号	
対 象 者	①母 父		年 月 日			年 月 日 年 月 日
	②児童		年 月 日			年 月 日 年 月 日
			年 月 日			年 月 日 年 月 日
			年 月 日			年 月 日 年 月 日
			年 月 日			年 月 日 年 月 日
住 所		年 月 日				
③対象者となった事由及びその年月日		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> 配偶者障害 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他				
④児童扶養手当の受給状況		第 号	⑤年金の受給状況		年金の種別 証書番号	
⑥加入医療保険の内容	被保険者	<input type="checkbox"/> 裏面のとおり		保険者番号		
	住 所			保険者名称		
	保険種別			所在地		
	記号番号			附加給付の有無		
	資格取得日	年 月 日				
[事務処理欄]		認定年月日 年 月 日		医療証交付年月日 年 月 日		
医療証有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで				
資格審査		① 認定 ② 却下 ()				
公 簿 確 認		年度 所 得 状 況	本人	配偶者	扶養義務者	
<input type="checkbox"/> 戸 籍	<input type="checkbox"/> 住 民 票	控除後の所得額	円	円	円	
<input type="checkbox"/> 他制度医療	<input type="checkbox"/> 所 得	控除対象親族等	人	人	人	
<input type="checkbox"/> 生 保	<input type="checkbox"/> 児 扶 手 当 証	限 度 額	円	円	円	

(本・田・北・城・三・上・耳・筑・千・高)

受 付	入 力	チエック