※ 受給資格番号		

富山市こども医療費受給資格登録申請書
富山市こども医療費受給資格変更・喪失届

年　月　日

（宛先）富山市長

住所

申請者（保護者）　氏名　（続柄）

（TEL　）

個人番号												

下記のとおりこども医療費受給資格について申請します（届け出ます）。

こども	個人番号		生年月日	年　月　日
	フリガナ 氏名		住所	
	加入保険	保険種別	国保・健保・船員・国共済・地共済・私学共済	
		被保険者名		
		被保険者生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日	
		記号・番号		
		資格取得年月日		
		保険者番号		

申請事由	1　出生　2　転入　3　再申請　4　その他（　）
変更事由	1　保護者変更　2　保険変更　3　その他（　）
喪失事由	1　転出　2　その他（　）

備　考

（注）個人番号を記入した方について保険情報を取得する場合があります。

現在登録保護者氏名：

地区センター

※印欄は、市で記入します。

個人番号記載時の本人確認書類
（1点）□運転免許証　□マイナンバーカード　□パスポート （2点）□保険証・年金手帳等　□その他（　）