

※ 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	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		住 所		
	氏 名				
	加入保険	保 險 種 別	国保・健保・船員・国共済・地共済・私学共済		
		被 保 険 者 氏 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。	現在登録保護者等氏名： 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 ()