

※ 受給資格番号	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6			
		社被保 險者	社被扶 養者	国一般被 保 險者	国被保 ・退 職者	国被扶 ・退 養者	国保組 合			

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

申請者 住所
(保護者)

届出者 氏名

(TEL)

(続柄)

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・協会・組合・その他()		
		被 保 険 者 名			
		被 保 険 者 生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日		
被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号					
資 格 取 得 年 月 日					
保 険 者 番 号					

児童手当 等受給者	個人番号		住 所	続柄
	フリガナ			
	氏 名			
	児童手当の受給の有無	1 有 (01) 富山市から受給 (02) 他市町村から受給 (03) 職場から受給(公務員) 2 無 (04)		
	加入年金の種類	1 (01)厚生年金保険 (02)私立学校教職員共済 (03)国家公務員共済 (04)地方公務員等共済 2 (09)国民年金 (10)年金未加入 (11)その他の年金()		
年金番号等	記号 番号	勤務先	TEL ()	

※ 所得状況	総所得金額	円	扶養親族等数	人
	社会保険料等	円	譲渡所得	有・無
	その他の控除	円		
	控除後所得額	円	所得制限限度額	

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

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)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート
(2点)	<input type="checkbox"/> 保険証・年金手帳等 <input type="checkbox"/> その他()