

|             |     |   |      |       |         |         |         |      |  |  |  |
|-------------|-----|---|------|-------|---------|---------|---------|------|--|--|--|
| ※<br>受給資格番号 | 記載例 | 保 | 1    | 2     | 3       | 4       | 5       | 6    |  |  |  |
|             |     | 険 | 社被保者 | 社被扶養者 | 国一般被保険者 | 国被保・退職者 | 国被扶・退職者 | 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

↓申請日を記載してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)富山市長

右記の申請者が受給資格証の  
保護者として印字されます。

申請者 住所 富山市新桜町7番38号  
(保護者)  
届出者 氏名 富山 太郎 (続柄) 父  
(TEL 123-4567)

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               | 令和元年 5月 1日  |  |
|         | フリガナ     | トヤマ ジロウ    | 住所                 | 富山市新桜町7番38号 |  |
|         | 氏名       | 富山 次郎      |                    |             |  |
|         | 加入保険     | 保険種別       | 国保・協会・組合・その他( )    |             |  |
|         |          | 被保険者名      | 富山 太郎              |             |  |
|         |          | 被保険者生年月日   | 大正・昭和・平成 58年 5月 8日 |             |  |
|         |          | 被保険者証記号・番号 | 123 45678          |             |  |
| 資格取得年月日 |          | 平成29年4月1日  |                    |             |  |
| 保険者番号   | 12345678 |            |                    |             |  |

個人番号(マイナンバー)は、  
必要に応じてご記入いただく  
場合があります。

|              |         |  |            |   |  |   |
|--------------|---------|--|------------|---|--|---|
| 児童手当<br>等受給者 | 個人番号    |  | 住所         | 富山市新桜町7番38号                                 | 続柄   | 父 |
|              | フリガナ    | トヤマ タロウ  |            |   |  |   |
|              | 氏名      | 富山 太郎  | 児童手当の受給の有無 |   | 1 有 (01) 富山市から受給<br>(02) 他市町村から受給<br>(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<br>(02) 私立学校教職員共済<br>(03) 国家公務員共済<br>(04) 地方公務員等共済 |            | 2 (09) 国民年金<br>(10) 年金未加入<br>(11) その他の年金( ) |  |   |
|              | 年金番号等   | 記号 3350<br>番号 123456   | 勤務先        | (株) 富山商事<br>TEL ( 234-5678 )                |  |   |

|           |               |                         |        |     |
|-----------|---------------|-------------------------|--------|-----|
| ※<br>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<br>控除後所得 | ↓申請または変更・喪失事由に○をしてください。 |        |     |

|      |         |          |          |          |
|------|---------|----------|----------|----------|
| 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( )                               |