

※ 受給資格番号	記載例	保	1	2	3	4	5	6			
		険 区 分	社 被 保 険 者	社 被 扶 養 者	国 一 般 被 保 険 者	国 被 保 険 ・ 退 職	国 被 扶 養 ・ 退 職	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

↓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

住所 富山市新桜町7番38号

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(保護者) 氏名 富山 太郎 (続柄) 父

個人番号(マイナンバー)は、
記入不要です。

(TEL 123-4567)

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 加入保険	個人番号		生年月日	令和4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 62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				

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

↑申請または変更・喪失事由に○をしてください。

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()