

※ 受給資格番号	保 險 区 分	1	2	3	4	5	6			
		社被保 険者	社被扶 養者	国一般被 保険者	国被保 険・退 職者	国被保 険・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

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		住 所		
	氏 名				
	加入保険	保 険 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					

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()