

ひとり親家庭等医療費受給資格証(交付・更新)申請書

年 月 日

浅口市長 様

ひとり親家庭等に係る医療費の助成を受けたいので、受給資格証の交付及び所得区分の認定を関係書類を添えて申請します。

なお、申請に当たり公簿により私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴市へ支払います。

申請者氏名	㊞				
申請者住所	〒	TEL ()			
申請理由	1 新規 2 更新 3 その他()				
特記事項					
対象者	フリガナ	1	2	3	4
	氏名				
	申請者との続柄				
	生年月日				
	同居・別居の別				
	学校名・学年、職業				
児童の父又は母の状況	* 次の1~4の中から選んで記入してください。これらに当てはまらない場合は具体的に記入してください。 1 離婚、2 事実婚解消、3 未婚、4 死亡				

ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		交付決定年月日	
申請者及び対象者に対する所得税			課税・非課税		
前回所得区分	低所得 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定以上				
今回所得区分	低所得 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定以上				
所得確認書類	課税証明書 ・ 非課税証明書 ・ その他()				
前回の受給資格者番号		今回の受給資格者番号			
備考					

加入 医療 保険	被保険者又は世帯主の氏名		対象者との続柄		
	保険種別		被保険者の記号番号		
	保険者名(発行機関名)		所在地		
	対象者と同じ医療保険に加入している者 1	氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
		氏名	住所		
附加給付		有(内容：) ・ 無			
特定疾病療養受療証の有無		有・無 対象者が証の交付を受けている場合は、有に を記入ください。			
世帯の 状況	1以外の 世帯員 2	氏名	加入する医療保険種別		
		氏名	加入する医療保険種別		
		氏名	加入する医療保険種別		
		氏名	加入する医療保険種別		
他の公費負担制度による医療費の支給		有(制度名：) ・ 無			

(記入上の注意点)

- 1 欄には、対象者と同じ医療保険に加入する人(被保険者、被扶養者)全員の氏名・住所を記入してください。
- 2 欄には、対象者と同一世帯であるが、別の医療保険に加入している人がいる場合、その氏名及び加入する医療保険の種別を記入してください。
- 医療保険種別 国保・協会管掌(協管健保)・日雇・組合管掌(組合健保)・共済組合・後期高齢者医療等

(添付書類)

医療保険の保険証の写し

対象者の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。(カード型の被保険者証等については、その券面の写しが該当。以下同じ。)

あわせて、対象者と同じ医療保険に加入する人の名前が記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など医療保険の加入関係を示すものの写し。

市町村民税の課税・非課税証明書

1 欄のうち、対象者が加入する医療保険の保険料の算定対象となっている者(被用者保険の場合は被保険者、国保及び後期高齢者の場合は被保険者全員)の課税・非課税証明書

2 欄に記載した人全員の課税・非課税証明書