

別記様式(第3条関係)

処 理 欄	受給資格	医 療 証			
	有 無	受給者番号		認定日	年 月 日

青森市子ども医療費受給資格認定(更新)申請書

ふ り が な						(生年月日)					
子 ど も 氏 名						年 月 日					
子ども個人番号											
ふ り が な						保 険 種 別	1 協会けんぽ 4 国保 2 健保組合 5 国保組合 3 共済 6 その他				
子どもの 加入医療保険の 被保険者氏名											
ふ り が な						(生年月日)					
保 護 者 氏 名	父 他 母					年 月 日					
保護者個人番号											
子 ど も と の 生 活 状 況	1. 同 居 2. 別 居(理 由 : 単 身 赴 任 その他)										
医 療 費 振 込 金 融 機 関 名	金融機関名					口座番号					
	支 店 名					口座名義					
上記のとおり、子ども医療費受給資格認定(更新)を申請します。 なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、保護者の所得・課税状況及び子の医療保険資格情報について、公簿等により確認すること又は個人番号(マイナンバー)の使用により情報を取得することについて同意します。 年 月 日 青 森 市 長 様 申請者住所 連 絡 先 申請者氏名											

受 付	確 認	備 考		
		入 力	児童手当	重 度