

記入例

高校生等医療費等助成登録申請書

令和 5年 6月 5日

(あて先)成田市長

住所 成田市花崎町7777-7

申請者
(保護者) 氏名 花崎 一郎

電話番号 090-9999-9999

主たる生計維持者が申請してください。

高校生等医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録を申請します。

高校生等	フリガナ	ハナザキ サクラ		生年月日	平成19年4月5日
	氏名	花崎 桜			
	個人番号				
	他制度適用	1 母子家庭・父子家庭等医療費等助成 2 重度心身障害者医療費助成 3 その他 ()			
保護者の1月1日現在の住所	本年	成田市内	<input checked="" type="radio"/> 市外	<input type="radio"/> 国内	海外) 父: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 母: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町
	前年	成田市内	<input checked="" type="radio"/> 市外	<input type="radio"/> 国内	海外) 父: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 母: <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町
世帯構成	氏名		個人番号		続柄
	1	花崎 一郎			父
	2	花崎 花子			母
	3	花崎 梅子			祖母
	4				
	5				
	6				
	7				
加入医療保険	被保険者証, 組合員証又は加入者証の写しを添付します。				
	1 国民健康保険	<input checked="" type="radio"/> ② 職場の健康保険・共済組合			
	附加給付等	有 ・ 無			
		自己負担限度額	円 (円未満切り捨て)		

上に記入したお子さんを除く世帯員全員を記入してください。

※処理欄

不足書類	健康保険証 ・ 課税所得証明書(年度 父 母) ・ 同意書 個人番号届出書() ・ その他()				
認定区分	0.対象	1.対象外	A	B	C
	有効期間開始日			年 月 日	
受給券交付日			/ 郵送・窓口		
受付者	受給者番号			番号確認	本人確認
通・住・職			免・パ・障・精・在		
			保・年・児証・特児証		
個人番号カード					