

八戸市乳幼児等医療費受給資格認定申請書（兼同意書）

年 月 日

<記入例>

（あて先）八戸市長

（保護者） 住 所

八戸市内丸一丁目1-1

フリガナ

ハチノヘ タロウ

氏 名

八 戸 太 郎

印

電 話

(090) * * * * 1 2 3 4

保護者には、お子さんの
保険証の被保険者を記入
し、忘れずに押印してくだ
さい。

次のとおり乳幼児等医療費の受給資格の認定を申請します。

受給資格証番号	八戸市 第 — — 号	※太線の中を記入してください。	
フリガナ	ハチノヘ ハナコ		
乳幼児等氏名	八 戸 花 子		
生年月日	平成 21 年 8 月 16 日	続柄	子
連 絡 先	住所（保護者と異なる場合のみ記入） 電話（ ）		
乳幼児加入保険	保険者名称		
	保 険 証 記 号 番 号	記号	番号

※電算入力欄

お子さんの氏名・生年月日・続柄を
記入してください。
お子さんの住所は、保護者の住所と
異なる場合のみ記入してください。

保護者住民コード

連絡先

市外局番

市内局番

番号

保険者コード

法別番号

受給資格の認定申請及び毎年度の資格証の更新にあたり、保護者の所得及び市県民税の課税資料を閲覧することに同意します。

（保護者）氏名

八 戸 太 郎

印

忘れずに記入・押印を
お願いします。

※以下の欄は、申請者が母子家庭の母である場合のみ記入してください。

年中に乳幼児の父から養育に必要な費用の支払として受けた金品等の額について、次のとおり申告します。

	円
--	---

※八戸市記入欄

所 得 額	控 除 額	控除後の金額

- 転入
- 国保・社保加入
- 保護者変更
(旧番号 — —)
- 扶養確認済
()
- 再転入
(旧住民コード — —)

償還払い時の医療費の給付は、
口座振込となりますので、**お子さん
の保険証の被保険者名義の口
座を記入してください。**
なお、保護者の名義でなければ、
振込みできません。

振込先金融機関（保護者名義の口座に限る）

〇 〇 銀行 三 丁目 支店
金庫 出張所
農協

9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3

口座番号（右詰め） 種別
0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1

1:普通