

記入例

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	あおもり じろう		(生年月日)	
子ども氏名	青森 次郎		令和〇〇年 △△月 ××日	
ふりがな	あおもり たろう		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	青森 太郎			
ふりがな	あおもり たろう		(生年月日)	
保護者氏名	青森 太郎 ⑤ 他 母		平成〇〇年 △△月 ××日	
子どもの生活状況	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	青い森銀行		口座番号
	支店名	青い森支店 000		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、保護者の所得及び課税状況を確認することについて (⑥ 同意します。 同意しません。) 不同意の場合は、税書類の提出が必要となります。 また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年8月1日の資格更新に当たり、保護者の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証等の交付について (⑦ 希望します。 希望しません。)				
青森市長様			〇〇年△△月××日	窓口での交付になります。
申請者住所		青森市新町1丁目3-7		
連絡先		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
申請者氏名		青森 太郎		

国保の場合、世帯主氏名を記入します。

「保護者」とは、対象となるお子さまの生計を主に維持しているかたです。お子さまの加入医療保険の被保険者が「保護者」となります。また、父母ともに国保の場合は、所得の高いかたが「保護者」となります。

毎年7月末に郵送となります。

日中連絡がつく電話番号を記入します。

不同意の場合は、税書類の提出が必要となります。

窓口での交付になります。