課　長	班　長	班	受付	令和　　年　　月　　日	受付印	
			決定	令和　　年　　月　　日		
受給資格証番号			交付	令和　　年　　月　　日	区分	県　・　市

ひとり親家庭医療費受給資格登録申請書

令和　　年　　月　　日

海南市長　　様

申請者（受給資格者）
住所　海南市
氏名
電話番号　（　　－　　－　　）
対象者との続き柄　（　　）

届出者
※申請者と異なる場合のみ記入
住所　海南市
※申請者と同住所の場合は記入不要
氏名
申請者との続き柄　（　　）

次のとおり、医療費受給資格の登録を申請します。
なお、受給資格登録及び資格喪失に至るまでの更新に際して、世帯状況、住民税課税台帳及び保険者に対して高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る必要な証明書の請求及び受領を委任します。

状況	1．配偶者と死別している　2．配偶者と離別し再婚していない 3．配偶者から遺棄されている　4．遺児　5．その他					
対象者	保護者	フリガナ				
		氏　名				
		生年月日	大・昭 平・令　年　月　日	個人番号		
	児童	フリガナ			続柄	
		氏　名				
		生年月日	平成 令和　年　月　日	個人番号		
		フリガナ			続柄	
		氏　名				
		生年月日	平成 令和　年　月　日	個人番号		
		フリガナ			続柄	
		氏　名				
		生年月日	平成 令和　年　月　日	個人番号		

加入保険	保険の種類	1．国保　2．社保　3．後期高齢		
	被保険者の氏名		保護者との続柄	
	被保険者の住所			
	記　号		番　号	
	保険者の名称			

扶養義務者等が、＜ いる ・ いない ＞　※続柄：保護者からみた続柄

扶養義務者等	氏名	生年月日	続柄	個人番号

備　考	

届出者名		様	確認日・名	・　・【　】
本人確認書類	1点	マイナンバーカード・免許証・手帳・		
	2点	保険証（国・社・後・介）・受給者証（自・重）・		