新規

寡婦等医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

盛岡市長 様

寡婦等医療費受給者証の交付（更新）を次のとおり申請します。申請に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が受給資格に係る申請者及び世帯員の情報を取得することに同意します。

給付を受けようとする人 (申請者)	フリガナ	性別	生年月日		連絡先		
	氏名	男女	年 月 日		- -		
	住所						
	転入の場合	本年1月1日時点の住所地	都道府県	市区町村	昨年1月1日時点の住所地	都道府県 市区町村	
世帯員（同じ世帯の方）	フリガナ		性別	生年月日	続柄	住所地（転入の場合は記入）	
	氏名					上段（本年1月1日時点の住所地）	
	①		男	年 月 日		都道府県 市区町村	
			女			都道府県 市区町村	
	②		男	年 月 日		都道府県 市区町村	
			女			都道府県 市区町村	
	③		男	年 月 日		都道府県 市区町村	
			女			都道府県 市区町村	
	④		男	年 月 日		都道府県 市区町村	
			女			都道府県 市区町村	
	⑤		男	年 月 日		都道府県 市区町村	
			女			都道府県 市区町村	
医療保険	☐ 別紙写しのとおり（保険情報が確認できる書類の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です）			被保険者氏名			
	記号-番号-枝番			資格取得年月日		年 月 日	
	保険者番号			保険者名			
振込口座	金融機関名	銀行・信金・協同組合・農協・その他			本店・支店名	支店・出張所	預金種別
	銀行コード()				支店コード()		普通・当座・貯蓄
	口座番号			口座名義(カナ)			
送書付類先の	※ 給付を受けようとする人の住所とは別の住所を指定する場合にご記入ください						
	住所	〒				あて名	