

新規

- 乳 幼 児
- 小 学 生
- 中 学 生

医療費受給者証交付（更新）申請書

年 月 日

盛岡市長 様

標記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、受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。

申請者 (主たる生計維持者)	フリガナ 氏 名		性別 男 女	生年月日 年 月 日	続柄	連絡先 — —	
	〒 —						
	転入・市外 居住の場合	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		
	※ 市外に居住している場合は、マイナンバーの記入をお願いします。						
	マイナンバー (市外に居住の方)						
	給付を受けようとする人	フリガナ 氏 名		性別 男 女	生年月日 年 月 日	住所	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
		男 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
		男 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり (保険証のおもて面の写しを添付の場合、この項目の記入は不要です)						
	被保険者名			続柄			
	記号・番号			資格取得年月日 年 月 日			
	保険者番号			保険者名			
振込先	金融機関名		銀行 信金 信組 農協 (コード) その他 ()		本・支店名	支店・出張所・支所 (コード)	
	預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	口座名義 カナ氏名			
書類の送付先 (給付を受けようとする人の住所とは別の住所に指定する場合)		〒 —			あて名		