

新規

☐ 乳幼児 ☐ 小学生 ☐ 中学生 ☐ 高校生等 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、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および児童の情報を取得することに同意します。

|             |                                                                       |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------|--------|---------------------------------|---------------------------------|------|--------|----------|----------|--|--|--|----------|--|------|--|
| （主たる申請者）    | フリガナ                                                                  |              |        | 性別     | 生年月日                            |                                 | 続柄   | 連絡先    |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | 氏名                                                                    |              |        | 男<br>女 | 年 月 日                           |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | 住所                                                                    |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | 転入又は市外居住                                                              | 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、マイナンバーを記入→                                               |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
| 給付を受けようとする人 | フリガナ                                                                  |              | 性別     | 生年月日   |                                 | 住所                              |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | 氏名                                                                    |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | ①                                                                     |              |        | 男<br>女 | 年 月 日                           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             |                                                                       |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | ②                                                                     |              |        | 男<br>女 | 年 月 日                           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             |                                                                       |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             | ③                                                                     |              |        | 男<br>女 | 年 月 日                           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             |                                                                       |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
| ④           |                                                                       |              | 男<br>女 | 年 月 日  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
|             |                                                                       |              |        |        |                                 |                                 |      |        |          |          |  |  |  |          |  |      |  |
| 医療保険        | <input type="checkbox"/> 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                                                                 | 銀行コード（ ）     |        |        |                                 | 銀行・信金<br>信組・農協<br>その他（ ）        |      | 本店・支店名 |          | 支店コード（ ） |  |  |  | 支店・支所出張所 |  | 預金種別 |  |
|             | 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      |          |  |  |  |          |  |      |  |