

日中連絡のとりやすい
番号をご記入ください。

保険証等(写)を貼付してください。

加入 医療 保険	被保険者氏名	申請者との 続柄	住所	
	資格取得年月 年 月 日	記号	番号	
	保険者番号	保険者名称		

* 生計を一にしている扶養義務者等について

氏 名	生 年 月 日	申請者との続柄	個 人 番 号	同意の有無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無
	年 月 日生			有 ・ 無

以下の項目は記入しないでください。

※要 件	イ 配偶者のない者で現に18歳未満の児童を扶養するもの (1.死亡 2.離婚 3.生死不明 4.遺棄 5.障害 6.拘禁 7.未婚 8.その他) ロ 配偶者のない者に扶養されている対象児童 ハ 父母のいない18歳未満の児童 ニ ハの児童を養育している配偶者のない者又は婚姻したことのない者	※交付 申請事由	☐ 新たに要件に該当 ☐ 転入 ☐ 保険加入 ☐ 生保廃止 ☐ 転出取消 ☐ 切替 ☐ その他
------	--	-------------	---

※所得状況	申請者	配偶者及び扶養義務者		※備考
氏名				【同所同番地の 居住者に関する事 項】
①同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 うち、㉠70歳以上の者 ㉡特定扶養親族(19歳以上23歳未満) の数 ㉢扶養親族(16歳以上19歳未満)の数	人 (㉠) 人 (㉡) 人 (㉢) 人	人 (㉠) 人	人 (㉠) 人	
② ①以外で前年の12月31日において申請者に よって生計を維持していた児童				
所得額				
金品等(養育費)の額(8割分)				【その他事項】
控 除 額 計				
※控除後の所得額				
制限額				

※ 審 査	認 定 ・ 却 下 (停 止)
-------	-------------------