

記入例

請求者の加入している年金の種類に該当する番号にをつけてください。

請求者の多い方が請求者となります。

保護者のうち、生計中心者(恒常的に収入の多い方)が請求者となります。

請求者名義の口座内容を記入してください。

請求者の配偶者(妻・夫)について、記入してください。該当しない場合は空欄のまま構いません。

児童と生計が同じである場合は「同一」をつけてください。

日常において児童を監督・保護している場合は「有」をつけてください。

申請日と請求者氏名をご記入ください。

「個人番号」欄には、マイナンバーを記入してください。(ご不明の場合、未記入でも受付します。)

④ 保険加入状況(子)

1 ()国民健康保険(組合)
 2 ()健康保険組合
 3 全国健康保険協会()支部
 4 ()共済組合
 5 その他(**こちらの欄は記入不要です。**)

⑤ 配偶者

フリガナ **フチュウハナコ** 生年月日 **S58年12月1日**
 氏名 **府中花子** 性別 **女**
 職業 **3 なし**
 職業 **3 小学校**

フリガナ氏名	続柄	性別	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居の別	別居の場合の住所	他医療助成の有無	他医療助成の内容	増額事由	減額事由
フチュウ イチロ 府中 一郎	子	1 男	30年12月14日	1 有	1 同	1 同居		1 有		<input type="checkbox"/> 児童を出生したため。	<input type="checkbox"/> 児童が死亡したため。
	子以外()	2 女		無	2 維持	2 別居	電話() -	2 無		<input type="checkbox"/> 新たに児童を監護するようになったため。	<input type="checkbox"/> 監護している児童が減少したため。
	子以外()	1 男		1 有	1 同			1 有		<input type="checkbox"/> 児童が(15歳・18歳)の年度末に到達したため。	<input type="checkbox"/> その他()
	子以外()				2 維持	2 別居	電話() -	2 無			
	子以外()				2 維持	2 別居	電話() -	2 無			

令和〇年 5 月 2 日 請求者氏名 **府中 太郎**

※太枠の中だけ印してください。字はかい書ではっきり書いてください。