



郵送の場合、対象の方全員の加入保険情報の分かるもののコピーを同封してください。

## 申請する方全員の資格確認書 その他被保険者等であることを 確認できる書類(写)貼付位置

申請者と扶養義務者をご記入ください。  
扶養義務者は、個人番号等のコピーが必要です。

### 課税資料閲覧 同意欄

受給資格の認定申請に係る所得要件判断及び医療費給付申請に係る所得確認のため、申請者と生計を同じくする配偶者また、下記の対象者以外に扶養義務者があり、資格の判定に関わる場合は医療費の返金をすることに同意します。

	申請者と生計を同じくする配偶者及び扶養義務者の氏名	申請者との関係	住所 と 個人番号
1		本人	
2	(フリガナ)  昭和・平成 年 月 日	男・女	(住所) 〒  
3	(フリガナ)  昭和・平成 年 月 日	男・女	(住所) 〒  
4	(フリガナ)  昭和・平成 年 月 日	男・女	(住所) 〒  

元パートナーからの養育費や生活費もご記入ください

こちらも記入をお願いいたします。

あり(月 円位) なし

署名が無い場合、その方の所得課税証明書を添付する必要があります。