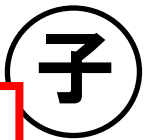


子ども医療費受給者証再交付・喪失・変更申請書



記入例

受給者証の再交付及び子どもの健康保険証の変更のみ
赤字の箇所記入・押印し、保険変更の場合は新しい健康保険証のコピーを添付して提出してください。

申請年月日 **20XX**年 **MM**月 **DD**日

申請者名前 **福山 太郎**

子どもからみた
続柄 **福山** (父)

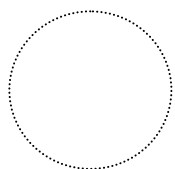
受給者番号 **X X X X X X X X**

電話番号 **090 - XXXX - XXXX**

※ [] 内は、変更がない場合も必ず記入してください。

再交付	<input checked="" type="checkbox"/> 亡失・破損等	再交付の場合、ここにチェック	他 ()	
	<input type="checkbox"/> 済 (再交付年月日)		<input type="checkbox"/> 未	
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)	証書回収年月日: 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 保険喪失	<input type="checkbox"/> 生保開始		<input type="checkbox"/> 年齢到達
変更	<input type="checkbox"/> 所得制限	<input type="checkbox"/> その他 ()	保険変更の場合、ここにチェック	
	喪失年月日: 年 月 日		証書回収年月日: 年 月 日	
変更	<input type="checkbox"/> 名前変更 (保護者・子ども) <input type="checkbox"/> 住所変更 (<input type="checkbox"/> 受給者証修正済) <input checked="" type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 保護者変更 (所得証明書依頼 年度) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	項目	変更前	変更後	
	保護者名前	(フリガナ) フクヤマ タロウ	(フリガナ)	
		福山 太郎		
	子ども名前	(生年月日) XXXX年 MM月 DD日	(生年月日) 年 月 日	
		(フリガナ) フクヤマ イチロウ	(フリガナ)	
	住所	福山市 東桜町3番5号	福山市	
	医療保険 (国保加入又は保険証のコピーがある場合は、記入不要。)	記号・番号	(記号)	(番号)
		被保険者名		
認定年月日			年 月 日	
保険者番号				
	交付年月日		年 月 日	

備考



受付担当者