

子ども医療費受給者証再交付・喪失・変更申請書



福山市長 様

次のとおり申請します。

また、申請した内容の審査に係る所得調査、所得控除額及び課税資料を確認されることに同意します。

申請年月日 年 月 日
(郵送)

申請者名前

子どもからみた
続柄
印 ()

受給者番号

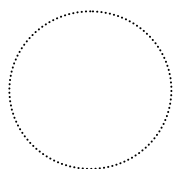
電話番号

※ 日中連絡のつく番号を記入してください。

※ [] 内は、変更がない場合も必ず記入してください。

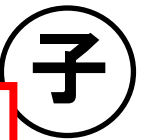
再交付	<input type="checkbox"/> 亡失・破損等 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 済 (再交付年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未	証書回収年月日: 年 月 日	
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 (転出先住所:)		
	<input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 所得制限 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 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)	(フリガナ)
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日
	子ども名前	(フリガナ)	(フリガナ)
		(生年月日) 年 月 日	
	住 所	福山市	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 ※ 必ず古い受給者証を添付 (返還) してください。



受付担当者

子ども医療費受給者証再交付・喪失・変更申請書



記入例

資格喪失 の手続きに限りです。

赤字の箇所に入力・押印し、現在交付している受給者証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

※ 日中連絡のつく番号を記入してください。

※ []内は、変更がない場合も必ず記入してください。

再交付	喪失理由にチェック。 <input type="checkbox"/> その他 ()		転出の場合、転出先住所も記入してください。		
	年 月 日) <input type="checkbox"/> 未		証書回/ 年 月 日		
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 転出 (転出先: 広島県尾道市久保1丁目15-1)				
	<input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 所得制限 <input type="checkbox"/>	喪失理由が発生した日付を記入してください。			
喪失年月日: 2020年 6月 15日		証書回/			
変更	<input type="checkbox"/> 名前変更 (保護者・子ども) <input type="checkbox"/> 住所変更 (受給者証修正時)		<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			
	(生年月日) XXXX年 MM月 DD日	(生年月日) 年 月 日			
	子ども名前	(フリガナ) フクヤマ イチロウ	(フリガナ)		
		福山 一郎			
(生年月日) XXXX年 MM月 DD日					
住 所	福山市	福山市			
	東桜町3番5号				
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 ※ 必ず古い受給者証を添付 (返還) してください。

受付担当者 []