

# ひとり親家庭等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必要な私の同一世帯員の所得調査、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。なお、これらの調査・審査について、私の同一世帯員の同意を得ています。

申請年月日 年 月 日

申請者名前  
(保護者)



受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

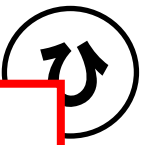
電話番号

※ 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: )		
	<input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 所得税課税 <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"/> 世帯員数 (増・減) <input type="checkbox"/> 別居扶養 <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	
	子ども名前	(フリガナ)	(フリガナ)
		(フリガナ)	(フリガナ)
		(フリガナ)	(フリガナ)
	住所	福山市	福山市
	医療保険	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			
世帯員数 (増・減)	名前	(生年月日: 年 月 日)	
	個人番号	(増の場合のみ記入)	
	増の事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	減の事由	<input type="checkbox"/> 転出 (監護外) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
別居扶養	子ども名前	(生年月日: 年 月 日)	
	住所地		
	事由	<input type="checkbox"/> 施設入所 (入所通知書添付) <input type="checkbox"/> 就学 (在学・在寮証明書添付)	
備考	※ 現在届出られている情報から変更等があった場合は、再交付できません。		
		受付担当者	

# ひとり親家庭等医療費受給者証再交付・喪失・変更申請書



福

## 記入例

受給者証の紛失・破損による再交付 及び 健康保険証の変更 に限る。  
 赤字の箇所に記入・押印し，保険変更の場合は全員分の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。

とに

同意します。なお、これらの調査・審査について、私の同一世帯員の同意を得ています。

申請年月日 **20XX** 年 **MM** 月 **DD** 日

申請者名前 (保護者) **福山 花子**



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。

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ [ ] 内は、変更が [ ] してください。

再 交 付	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡・破損等 (ここにチェック)	( )	
	<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: )	( )	
	<input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 所得税課税 <input type="checkbox"/> その他 ( )	( )	
変 更	喪失年月日: 年 月 日	証書回収年月日: 年 月 日	
	<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"/> 世帯員数 (増・減) <input type="checkbox"/> 別居扶養 <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 ハナコ	(フリガナ)
		<b>福山 花子</b>	
	(生年月日) 1987年 7月 1日		
		(フリガナ) フクヤマ イチロウ	(フリガナ)
	子 ども 名 前	<b>福山 一郎</b>	
		(フリガナ) フクヤマ ユウコ	(フリガナ)
	住 所	<b>福山 優子</b>	(フリガナ)
福山市		福山市	
東桜町3番5号			
	医療保険	記号・番号 (記号) (番号)	
更	被保険者名		
	認定年月日	年 月 日	
	保険者番号		
世 帯 員 数 (増・減)	名 前	(生年月日: 年 月 日)	
	個人番号	(増の場合のみ記入)	
	増 の 事 由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
別 居 扶 養	減 の 事 由	<input type="checkbox"/> 転出 (監護外) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	子 ども 名 前	(生年月日: 年 月 日)	
	住 所 地		
備 考	事 由	<input type="checkbox"/> 施設入所 (入所通知書添付) <input type="checkbox"/> 就学 (在学・在寮証明書添付)	

再交付の場合、ここにチェック

保険変更の場合、ここにチェック

※ 現在届出られている情報から変更等があった場合は、再交付できません。



受付担当者
-------