

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

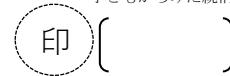
次のとおり申請します。

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

子どもからみた続柄

申請者名前



受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

— —

※ []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 checked="" type="checkbox"/> 変更			
	<input type="checkbox"/> 済 (再交付年月日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未			
喪失	<input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)			
	(<input type="checkbox"/> 受給者証修正: 有効期限: 年 月 日まで)			
	<input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()			
喪失年月日: 年 月 日				
証書回収年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受給者証回収依頼済				
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 (<input type="checkbox"/> 更新時受付の場合は変更後保護者の同意書) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	証書回収年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 受給者証回収依頼済			
	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	記号・番号	(記号) (番号) (枝番)	
保険者番号				
フリガナ				
被保険者名				
認定年月日		年 月 日		
備考	<<本人確認書類>> ※顔写真のないものは2点以上で確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 顔写真付きの本人確認書類 <input type="checkbox"/> その他 () ・ ()			
			受付担当者	