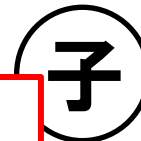


子ども医療費受給者証 再交付・喪失・変更申請書



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

赤字の箇所に記入・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

子どもからみた続柄

申請者名前 福山 太郎

福山

父

受給者番号 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		
	<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) 年 月 日			
	<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		
変更	証書回収年月日: 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受給者証回収依頼済	
	<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		保険変更の場合、ここにチェック	
	<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
(記号)		(番号) (枝番)		
医療保険	記号・番号			
	保険者番号			
	フリガナ			
	被保険者名			
	認定年月日	年 月 日		
備考			受付担当者	