

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、申請した項目の審査に係る所得課税状況・健康保険情報等の調査に同意します。

子どもからみた続柄

申請年月日 年 月 日

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	☐ 亡失・破損等 ☐ 変更			
	☐ 済 (再交付年月日: 年 月 日) ☐ 未			
喪失	☐ 転出 (転出先:)			
	(☐ 受給者証修正: 有効期限: 年 月 日まで)			
	☐ 保険喪失 ☐ 生保開始 ☐ 死亡 ☐ その他 ()			
	喪失年月日: 年 月 日			
変更	証書回収年月日: 年 月 日 ☐ 受給者証回収依頼済			
	☐ 名前変更 (保護者・子ども) ☐ 住所変更 (☐ 受給者証修正済) ☐ 保険変更			
	☐ 保護者変更 (☐ 更新時受付の場合は変更後保護者の同意書) ☐ その他 ()			
	証書回収年月日: 年 月 日 ☐ 受給者証回収依頼済			
	項目	変更前	変更後	
	保護者	(フリガナ)	(フリガナ)	
		(名前)	(名前)	
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日	
	対象児童	(フリガナ)	(フリガナ)	
		(名前)	(名前)	
		(生年月日) 年 月 日		
	住所	福山市	福山市	
		(記号)	(番号) (枝番)	
	(福山市国保加入している健康保険の情報は資格確認書のコピー等添付が必要)	記号・番号		
		保険加入日 (認定年月日)	年 月 日	
フリガナ				
被保険者名				
保険者番号				
保険者名称				
※職員記入欄 ☐ マイナポータルの画面で健康保険の情報を目視確認 (確認者:)				
備考	《本人確認書類》			
	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ 顔写真付きの本人確認書類			
	※顔写真のないものは2点以上で確認			
☐ その他 () ・ ()				