

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

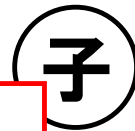
—

—

※ () 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 () ・ ()				

子ども医療費受給者証 再交付・喪失・変更申請書



記入例

※ 「受給者の再交付」及び「子どもの健康保険の変更」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の情報を
証明するもの（資格確認書のコピー等）を添付して提出してください。

申請年月日 YYYYY年 MM月 DD日

申請者名前 福山 太郎 福山 父

受給者番号 XXXXXXX

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。

受給者証を紛失して分からない場合は空欄

再交付	☒ 亡失・破損等 ☐ 変更																																	
喪失	☐ 済 ☐ 未 (再交付の場合ここにチェック) (受給者証修正：有効期限： 年 月 日まで) ☐ 転出 ☐ 保険喪失 ☐ 生保開始 ☐ 死亡 ☐ その他 () 喪失年月日： 年 月 日 証書回収年月日： 年 月 日 ☐ 受給者証回収依頼済 保険変更の場合ここにチェック																																	
変更	☐ 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																																	
変更	<table><thead><tr><th>項目</th><th>変更前</th><th>変更後</th></tr></thead><tbody><tr><td>保護者</td><td>(フリガナ) フクヤマ タロウ (名前) 福山 太郎 (生年月日) YYYYY年 MM月 DD日</td><td>(フリガナ) (名前) (生年月日) 年 月 日</td></tr><tr><td>対象児童</td><td>(フリガナ) フクヤマ イチロウ (名前) 福山 一郎 (生年月日) YYYYY年 MM月 DD日</td><td>(フリガナ) (名前) (生年月日) 年 月 日</td></tr><tr><td>住所</td><td>福山市 東桜町3番5号</td><td>福山市</td></tr><tr><td>記号・番号</td><td>(記号) (番号) (枝番)</td><td></td></tr><tr><td>保険加入日 (認定年月日)</td><td>年 月 日</td><td></td></tr><tr><td>フリガナ</td><td></td><td></td></tr><tr><td>被保険者名</td><td></td><td></td></tr><tr><td>保険者番号</td><td></td><td></td></tr><tr><td>保険者名称</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="3">※職員記入欄 ☐ マイナポータルで健康保険の情報を目視確認 (確認者：)</td></tr></tbody></table>	項目	変更前	変更後	保護者	(フリガナ) フクヤマ タロウ (名前) 福山 太郎 (生年月日) YYYYY年 MM月 DD日	(フリガナ) (名前) (生年月日) 年 月 日	対象児童	(フリガナ) フクヤマ イチロウ (名前) 福山 一郎 (生年月日) YYYYY年 MM月 DD日	(フリガナ) (名前) (生年月日) 年 月 日	住所	福山市 東桜町3番5号	福山市	記号・番号	(記号) (番号) (枝番)		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 ☐ マイナポータルで健康保険の情報を目視確認 (確認者：)		
項目	変更前	変更後																																
保護者	(フリガナ) フクヤマ タロウ (名前) 福山 太郎 (生年月日) YYYYY年 MM月 DD日	(フリガナ) (名前) (生年月日) 年 月 日																																
対象児童	(フリガナ) フクヤマ イチロウ (名前) 福山 一郎 (生年月日) YYYYY年 MM月 DD日	(フリガナ) (名前) (生年月日) 年 月 日																																
住所	福山市 東桜町3番5号	福山市																																
記号・番号	(記号) (番号) (枝番)																																	
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 () ・ () 受付担当者																																	