

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。

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、また、健康保険情報の調査に同意します。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)



保護者の 受給者番号						(受給者証回収年月日)	<input type="checkbox"/> 受給者証 回収依頼済み
						年 月 日	

電話番号

※ [] 内は、異動事項のみ記入してください。

再交付	<input type="checkbox"/> 済 (再交付年月日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 受給者証修正 (住所・有効期限: 月 日まで)	<input type="checkbox"/> 未
喪失	<input type="checkbox"/> 婚姻・事実婚 <input type="checkbox"/> 非監護 <input type="checkbox"/> 受給者死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 保険喪失	喪失年月日	子ども医療
	<input type="checkbox"/> 転出 (転出先:)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 案内済 <input type="checkbox"/> 申請済
	<input type="checkbox"/> 所得税課税 <input type="checkbox"/> その他 ()		

変更	<input type="checkbox"/> 保護者名前変更 <input type="checkbox"/> 対象児童名前変更 <input type="checkbox"/> 保険変更
	<input type="checkbox"/> 住所変更 (全員) <input type="checkbox"/> 住所変更 (保護者のみ) <input type="checkbox"/> 住所変更 (対象児童のみ) <input type="checkbox"/> 別居監護 (開始・解消)
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者変更 (増・減) <input type="checkbox"/> 対象児童変更 (増・減) <input type="checkbox"/> その他 ()

項目	変更前	変更後	受給者証			
保護者名前	(フリガナ)	(フリガナ)	修正 回収 回収依頼			
	(生年月日) 年 月 日					
対象児童名前	(フリガナ)	(フリガナ)	修正 回収 回収依頼			
	(生年月日) 年 月 日					
	(フリガナ)	(フリガナ)	修正 回収 回収依頼			
	(生年月日) 年 月 日					
住所	福山市	福山市	<input type="checkbox"/> 同→同 <input type="checkbox"/> 同→別 <input type="checkbox"/> 別→同			
扶養義務者等	(フリガナ)	続柄 増・減	変更理由 <input type="checkbox"/> (受給者・扶養義務者等)の住所変更により、 (同居・別居)になった <input type="checkbox"/> 生計が(同一・別)になった <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(生年月日) 年 月 日	増・減				
	(マイナンバー)					
	(フリガナ)	続柄 増・減				
加入保険	(フリガナ)	続柄	対象児童資格取得年月日 年 月 日			
	被保険者名	保険者名称				
	資格取得年月日 年 月 日	保険者番号		記号	番号	枝番
	※健康保険の情報を証明するものを添付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険の情報を証明するもの (資格確認書など) <input type="checkbox"/> 福山市国保のため添付省略	※添付できない場合 (職員記入欄)		<input type="checkbox"/> マイナポータル の画面で目視確認	確認者	
別居監護	対象児童名前	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 施設入所 (入所通知書添付) <input type="checkbox"/> 解消 <input type="checkbox"/> 就学 (在学・在寮証明書添付) <input type="checkbox"/> 同居になった <input type="checkbox"/> 対象児童でなくなった				
	住所	<input type="checkbox"/> 広島県内 <input type="checkbox"/> 広島県外 (都道府県:)		健康保険 <input type="checkbox"/> 就学中の特例により福山市国保へ加入 <input type="checkbox"/> その他		

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"/> 全員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 <input type="checkbox"/> 対象児童 () <input type="checkbox"/> その他 ()	《再交付の場合、必要の人にチェックしてください》 受付担当者
	※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。	

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
次申
同意

《記入例》

受給者証の紛失・破損による再交付及び健康保険の変更に限る。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 **YYYY**年 **MM**月 **DD**日

申請者名前 **福山 花子**
(保護者)



保護者の受給者番号	X	X	X	X	X	X	X	(受給者証回収年月日)	<input type="checkbox"/> 受給者証回収依頼済み
								年 月 日	

電話番号 **090 - XXXX - XXXX**

※ 内は、異動事項のみ記入してください。 受給者証を紛失して分からない場合は空欄

再交付	<input type="checkbox"/> 済 (再交付年月日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 受給者証修正 (年月日まで)	<input type="checkbox"/> 未
喪失	<input type="checkbox"/> 婚姻・事実婚 <input type="checkbox"/> 非監護 <input type="checkbox"/> 受給者死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 転出 (転出先: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 子ども医療
	<input type="checkbox"/> 所得税課税 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 案内済 <input type="checkbox"/> 申請済

保険変更の場合、ここに
チェック

変更	<input type="checkbox"/> 保護者名前変更 <input type="checkbox"/> 対象児童名前変更 <input checked="" type="checkbox"/> 保険変更
	<input type="checkbox"/> 住所変更 (全員) <input type="checkbox"/> 住所変更 (保護者のみ) <input type="checkbox"/> 住所変更 (対象児童のみ) <input type="checkbox"/> 別居監護 (開始・解消)
	<input type="checkbox"/> 扶養義務者変更 (増・減) <input type="checkbox"/> 対象児童変更 (増・減) <input type="checkbox"/> その他 ()

項目	変更前	変更後	受給者証			
保護者名前	(フリガナ) フクヤマ ハナコ	(フリガナ)	修正 回収 回収依頼			
	福山 花子					
対象児童名前	(生年月日) YYYY 年 MM 月 DD 日		修正 回収 回収依頼			
	(フリガナ) フクヤマ イチロウ	(フリガナ)				
	福山 一郎					
	(生年月日) YYYY 年 MM 月 DD 日					
住所	(フリガナ) 福山市 東桜町3番5号	(フリガナ)	修正 回収 回収依頼			
	福山 一郎					
	(生年月日) 年 月 日					
	(フリガナ)					
扶養義務者等	(フリガナ)	続柄 増・減 変更理由	修正 回収 回収依頼			
	(生年月日) 年 月 日	増・減 <input type="checkbox"/> (受給者・扶養義務者等)の住所変更により、(同居・別居)になった <input type="checkbox"/> 生計が(同一・別)になった <input type="checkbox"/> その他 ()				
	(マイナンバー)					
	(フリガナ)	続柄 増・減 変更理由				
加入保険	(フリガナ)	続柄	修正 回収 回収依頼			
	被保険者名	保険者名称				
	資格取得年月日 年 月 日	保険者番号		記号	番号	枝番
	※健康保険の情報を証明するものを添付してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険の情報を証明するもの (資格確認書のコピー等) <input type="checkbox"/> 福山市国保のため添付省略		※添付できない場合 (職員記入欄)	<input type="checkbox"/> マイナポータルの画面で目視確認	確認者

再交付の場合、該当する人にチェック

別居監護	対象児童名前	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 施設入所 (入所通知書添付) <input type="checkbox"/> 就学 (在学 在学証明書添付)
	住所	<input type="checkbox"/> 広島県内 <input type="checkbox"/> 広島県外 (都道府県:)	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 就学中の特例により福山市国保へ加入 <input type="checkbox"/> その他

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"/> 顔写真付き身分証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	《再交付の場合、必要の人にチェックしてください》 <input type="checkbox"/> 全員 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 対象児童 ()	受付担当者
----	--	--	-------