

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	<input type="checkbox"/> 亡失・破損等 <input 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		<input type="checkbox"/> 受給者証回収依頼済	
証書回収年月日: 年 月 日			
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	(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	(生年月日) 年 月 日
住所	福山市	福山市	
更	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 <input type="checkbox"/> 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 () ・ ()

受付担当者

[]