

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。

こどもからみた続柄

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 (受給者証修正済) <input type="checkbox"/> 保険変更		
	<input type="checkbox"/> 保護者変更 (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"/> マイナポータルで健康保険の情報を目視確認 (確認者:)			

備考	《本人確認書類》
	<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"/> 顔写真付きの本人確認書類
	※顔写真のないものは2点以上で確認
<input type="checkbox"/> その他 ()・()	

	受付担当者
--	-------

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「こ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 **YYYY**年 **MM**月 **DD**日

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。

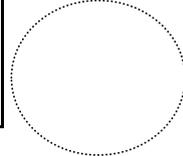
受給者証を紛失して分からない場合は空欄

再 交 付	<input checked="" type="checkbox"/> 亡失・破損等 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 済 (再交付の場合) 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未	
	<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"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
喪 失	喪失年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 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 <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	
変 更	項 目	変 更 前 ➔ 変 更 後
	保 護 者	(フリガナ) フクヤマ タロウ (フリガナ) (名前) 福山 太郎 (名前) (生年月日) YYYY年 MM月 DD日 (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
	対 象 児 童	(フリガナ) フクヤマ イチロウ (フリガナ) (名前) 福山 一郎 (名前) (生年月日) YYYY年 MM月 DD日 (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
	住 所	福山市 福山市 東桜町3番5号
	(記号) _____ (番号) _____ (枝番) _____	
更	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 <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: _____)		

保険変更の場合
ここにチェック

(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)

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