

子ども医療費

受給者証(交付・再交付)申請書
受給資格等(変更・喪失)届

令和 年 月 日

豊橋市長様

豊橋市

保護者 住所 電話

ふりがな

氏名

昭和・平成 年 月 日生

宛名コード ※ []

子どもとの続柄 ()

下記のとおり (申請届出) いたします。 記

| | | 交付・再交付・変更・喪失 | 変更前 | 事由 |
|---------|--------------|---------------|----------------|---|
| 受給者 | 住所 | 豊橋市 | | ※1 新規 11 出生 12 転入 13 生保廃止 14 他医療より(障・母) 19 その他 () ※資格取得年月日 (. .) |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | [] | | |
| | 宛名コード※ | [] | | |
| 子ども | 住所 | 豊橋市 | | 2 再交付 1 破った 2 汚した 3 失った 3 変更 <input type="checkbox"/> 氏名・住所・電話番号 <input type="checkbox"/> 保険の加入状況 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> その他 () 変更年月日 (. .) 4 喪失 41 死亡 42 転出 43 生保開始 48 他医療へ(障・母) 49 その他 () ※資格喪失年月日 (. .) 受診履歴 (有・無) |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | [] | | |
| | 受給者番号 | 02 宛名コード※ | | |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | [] | | |
| | 受給者番号 | 02 宛名コード※ | | |
| | 保険の加入状況(子ども) | 被保険者(世帯主) | 住所 | |
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | | | 大正・昭和・平成 年 月 日 | |
| 子どもとの続柄 | | | | |
| 宛名コード※ | | [] | | |
| 被保険者等 | | 記号 [] 番号 [] | | |
| 保険者の名称 | 保険者番号 () | | | |
| 付加給付 | 有・無 | | | |
| 備考 | | | | |

(注) 1. ※印の欄は、記入しないでください。

2. 受給者証回収 令和 年 月 日 郵送

3. 個人番号は、交付申請書として使用するときのみ記入してください。

| | | |
|--------|----------|----|
| 窓口センター | 令和 年 月 日 | 受付 |
| 受給者証 | 令和 年 月 日 | 交付 |

【持参するもの】 子どもの健康保険証

証交付済

データ入力済