

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 (. .)
	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※		
	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		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	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