

- 新規申請、再交付、保険変更のお手続きの方は対象のお子様の保険証のコピーを添付してください。
- 喪失のお手続きの方は受給者証を添付してください。

様式第1号

記入例		も医療費 交付・再交付)申請書 (変更・喪失)届		令和 年 月 日
豊橋市		住所 今橋町1番地		電話 090 - 1234 - 5678
保護者		住所 今橋町1番地		電話 090 - 1234 - 5678
氏名		豊橋 つつじ		昭和・(平成) 1 年 2 月 3 日生
宛名コード ※				(父)
下記のとおり (届出) いたします。		受給者証の「受給者欄」に記載する氏名が、上記の保護者と異なる場合は記入してください。同じ場合は、「同上」と記入してください。 ※受給者欄に記載できる方は、児童と同居の方に限ります。		
交付・再交付・変更・喪失		事由		※1 新規
受給者	住所	豊橋市	同上	※1 新規 手続き内容の番号に○をつけてください。 () ※資格取得年月日 (. .)
	ふりがな	とよはし さくら		
	氏名	豊橋 さくら		
	生年月日	昭和・(平成) 2 年 3 月 4 日		
個人番号				
子ども	住所	豊橋市	今橋町1番地	2 再交付 1 破った 2 汚した 3 失った
	ふりがな	とよはし くすのき		
	氏名	豊橋 くすのき		
	生年月日	平成・(令和) 6 年 4 月 2 日		
	個人番号			
	受給者番号	02	宛名コード ※	
	ふりがな			
	氏名			
保険の加入状況(子ども)	住所			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	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。

【持参するもの】 子どもの健康保険証

窓口センター 令和 年 月 日 受付

受給者証 令和 年 月 日 交付

証交付済

データ入力済