

- 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等*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。

*…資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナ保険証

記入例 豊橋市長		令和 年 月 日 交付・再交付)申請書 (変更・喪失)届	
保護者 住所 今橋町1番地 電話 090 - 1234 - 5678 ふりがな とよはし つつじ 氏名 豊橋 つつじ 昭和・平成) 1 年 2 月 3 日生 宛名コード ※ (申請) (届出) (父)		児童と同居の方に限ります。 ※同居の方以外の場合は別途委任状が必要です。	
受給者	住所	豊橋市 今橋町1番地	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、児童と同居の保護者に限ります。
	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 宛名コード ※		事由 ※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 (. .)	
子ども	住所	豊橋市 今橋町1番地	対象児童の住所、氏名、生年月日を記入してください。
	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 ※		2 再交付 1 破った 2 汚した 3 失った	
子ども	住所	豊橋市 今橋町1番地	住所変更で、旧住所へ郵送を希望される場合は、その旨備考欄にご記入ください。
	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) 年 月 日	
個人番号 受給者番号 02 宛名コード ※		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 (. .)	
保険の加入状況(子ども)	住所	豊橋市 今橋町1番地	添付される保険証等のコピーに青枠内の情報が記載されていない場合は、ご記入ください。
	ふりがな	とよはし くすのき	
	氏名	豊橋 くすのき	
	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 ※		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)	
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等

(資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナ保険証)

証交付済

データ入力済