

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									
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							
	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							
	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 ※					
	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