

| 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 _____ | | | | | | | | | | | | | |
| 宛名コード※ [] 昭和・平成 年 月 日 生 | | | | | | | | | | | | | |
| 下記のとおり(申請届出)いたしました。記 | | | | | | | | | | 子どもとの続柄() | | | |
| 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 | [] | | | | | | | | | | | |
| 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 變更 □ 氏名・住所・電話番号 □ 保険の加入状況 □ 受給者 □ 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※ | | | | | | | | | | |
| 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 () | | | | | | | | | | | | |
| 附加給付 | 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 口郵送

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